Rok XXXVIII. Kraków, 20 Maja 1899. Nr. 20.

Redakcya:
przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya.
Rynek główny, linia A—B,
Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie.	4 „	40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „	20 „	1½ „	3½ „	6 „

Treść:

Do dzisiejszego Nru dołącza się:
1) List otwarty Dra M. Cerchy;
2) Broszurkę o Rymanowie.

Rok XXXVIII. Kraków, 20 Maja 1899. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki położniczo-ginekologicznej uniwersytetu Jagiellońskiego pod dyrekcyą Prof. Jordana.**

Przypadek marskości przedsionka sromowego.

(Kraurosis vulvae),

podał

Dr. Stanisław Dobrowolski.

Cierpienie to, będąc dosyć rzadkie i mało w piśmiennictwie opracowane, zasługuje na to, aby każdy przypadek tego schorzenia był ogłoszony, zwłaszcza, że sprawa powstawania tej choroby jest prawie zupełnie ciemną, a i obraz zmian anatomicznych, jej towarzyszących, nie doczekał się dotychczas ścisłego, ogólnie przyjętego określenia. Mars[1]) w swej pracy, w której starał się zebrać wszystkie dane z literatury, naliczył zaledwie 55 przypadków opisanych. Dlatego sądzę, że jestem upoważniony do ogłoszenia przypadku marskości sromu, spostrzeganego i leczonego w bieżącym roku szkolnym w klinice krakowskiej.

P. D., l. 60 licząca, l. p. k. 24 (156) leczona w klinice od 9. XI do 20. XI 1898, podaje: Rodziła siedm razy na czasie prawidłowo, ostatni raz przed 17 laty; roniła raz przed dwudziestu kilku laty. Miesiączkowała od 15 r. życia zawsze prawidłowo, od ośmiu lat regularności nie miewa. Od chwili ustania miesiączkowania miała chora atypowe krwawienie, mniej więcej raz do roku przydarzające się, skąpe, do 10 dni trwające. W ostatnim roku podobne krwawienia powtórzyły się kilkakrotnie i były nieco obfitsze, niż w latach poprzednich; ostatnie krwawienie trwało cztery dni i zakończyło się bezpośrednio przed przybyciem chorej do kliniki. Od lat 20 cierpi chora na obfite białe upławy, w ostatnim roku zauważyła, że upławy są obfitsze, niż w latach ubiegłych. Od 7 miesięcy dokucza chorej nieznośny świąd w okolicy sromu, silne bóle i uczucie prężenia w tej okolicy. Dolegliwości te są mimo ciągłego leczenia tak męczące, że chora nocami nie może sypiać i nie może z tego powodu ani siedzieć, ani chodzić. Mocz oddaje prawidłowo, przy oddawaniu odczuwa pieczenie. Przed 7 laty chora przebyła gościec stawowy. Przebyciu kiły stanowczo zaprzecza.

Badanie przedmiotowe wykazuje: Osoba wzrostu średniego o budowie i odżywieniu dobrem, podściółka tłuszczowa wszędzie u chorej nadmiernie rozwinięta. W płucach znaleziono rozległy nieżyt oskrzelowy, w sercu nad koniuszkiem szmer skurczowy, w innych narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Badanie brzucha wykazało stosunki prawidłowe.

Mocz chorej zawiera białko w ilości 0.01%, cukru zupełnie nie znaleziono.

Oglądaniem sromu stwierdzono: Wargi większe zanikłe, wargi mniejsze w górnym odcinku zaledwie zaznaczone, podobnie łechtaczka. Dolny odcinek warg mniejszych natomiast przerosły, zwisa przed szparą sromu po obu stronach w postaci polipów wielkości i kształtu przypłaszczonej suchej śliwki. Skóra warg większych, mniejszych, przedsionka, okolicy łechtaczki — biaława, sucha, napięta i połyskująca.

Najbardziej jednak biją w oczy zmiany w skórze warg mniejszych; miejscami i to w odcinku górnym warg jest ona brunatnawa, w części zaś przerosłej blada i w całości twardsza, naciekła, a przytem zasiana drobnemi wysepkami białemi o perłowym połysku, przy dotyku twardszemi od otoczenia. Wysepki te są nieco poniżej powierzchni otoczenia wgłębione. Na skórze przedsionka i w okolicy wędzidełka znaleziono liczne przeczosy większe i mniejsze, dno ich jużto pokryte szarawą miazgą, już też zupełnie czyste. Okolice tych rozpadlin bardzo przy dotyku bolesne. Na wewnętrznej powierzchni części przerosłej warg mniejszych widać kilka powierzchownych owrzodzeń, których dno pokryte szarawą wypociną. Obecność tych właśnie ubytków tkanki sprawia, że rozchylenie warg jest dla chorej bardzo przykre. Srom wogóle ziejący, wejście do pochwy nie bardzo wązkie, wprowadzenie jednakże palca sprawia chorej dotkliwy ból. Błona śluzowa pochwy okazuje wybitne cechy zaniku starczego, powierzchnia jej wygładzona, w odcinku górnym wykazuje zbliznowacenia.

Część pochwowa prawie zupełnie zanikła. Ujście zewnętrzne, dosyć drobne, tworzy szparkę poprzeczną z nielicznymi wrębami. Dalszy ciąg macicy przebiega poziomo, trzon macicy powiększony i twardy; długość jamy macicy wynosi 10 ctm. Sonda w jamie natrafiła na liczne drobne nierówności, odpowiadające przerosłej błonie śluzowej. Po sondowaniu chora nieznacznie krwawi.

Na podstawie tego wyniku badania rozpoznano marskość przedsionka sromowego u chorej, dotkniętej przewlekłem zapaleniem błony śluzowej trzonu macicznego.

Leczenie w tym przypadku postanowiono za radą Martina przeprowadzić drogą operacyi. W tym celu najpierw wyskrobano w uśpieniu chloroformowem błonę śluzową macicy, poczem odcięto obie wargi mniejsze. Najpierw cięciem wrzecionowatem, poprowadzonem na granicy wargi prawej odcięto tę wargę, a potem, po powstrzymaniu nieznacznego krwawienia, zeszyto powierzchnię ranną szwem ciągłym katgutowym. Odcięto w ten sam sposób i wargę lewą.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, rany po obu stronach przygoiły się doraźnie. Swędzenie o mniejszem nasileniu, niż przed operacyą, dokuczało jeszcze chorej chwilami przez pierwsze 3 dni po operacyi, poczem ustąpiło bez śladu.

Rozpadliny skórne przygoiły się zupełnie tak, że chora, opuszczając 20. II klinikę, nie odczuwała żadnych dolegliwości.

Badanie mikroskopowe resztek błony śluzowej macicy, otrzymanych przez wyskrobanie, wykazało zmiany, odpowiadające obrazowi przewlekłego zapalenia międzygruczołowego błony śluzowej.

Każda z wyciętych warg jest na 7—8 ctm. długa, w miejscu przerosłem do 3 ctm. szeroka, a grubość w tem miejscu dochodzi do $1^1/_2$ ctm. Skóra wyciętych warg jakby marmurkowana, a wrażenie to odnosi się z powodu licznych ognisk barwy perłowo-białej, połyskujących, poniżej otoczenia wciągniętych. Skóra wogóle jest naciekła, twarda, a zbitość miejsc pozaciąganych jest wybitnie twardsza i odpowiada zbitości blizny.

[1]) Mars: Kilka słów o marskości przedsionka sromu. *(Przegląd lekarski,* rok 1898, Z. 4, 5).

Badanie mikroskopowe w tym przypadku przeprowadzono w ten sposób, że wycinano skrawki z górnego odcinka warg, potem skrawki z miejsca przerosłego i to tak z miejsc mniej, jako też i więcej zbliznowaciałych.

Skóra w skrawkach wyciętych z górnego odcinka warg nie wykazywała wybitniejszych zmian, warstwa przyskórka prawidłowej szerokości, zachowywała się prawidłowo, sama zaś miazdra dawała obraz zupełnie podobny jak miazdra skóry, branej z warg mniejszych zwłok kobiecych rozmaitego wieku.

Skrawki wycięte z miejsc mniej zbliznowaciałych ze skóry dolnego, przerosłego odcinka warg okazywały już wybitne zmiany i to warstwę przyskórka znaleziono rozszerzoną, całą nadzianą ciałkami wypocinowemi. Warstwa rogowa oddzielała się całymi płatami od warstw pod nią leżących; warstwa ta robiła wrażenie, jakby była złożoną z równoległych długich łusek; warstwa ziarnista wyraźnie i dobrze zaznaczona, komórki zaś podstawowe przybłonka swym kształtem przypominały więcej komórki sześcienne. Warstwa przybłonkowa w wielu miejscach oddzieloną była od właściwej skóry przestrzeniami wolnemi, w której widoczne były resztki bezpostaciowej wypociny i nieliczne ciałka wypocinowe.

Warstwa brodawkowa rozszerzona, brodawki miejscami znaleziono smukłe, wysokie, na przekrojach ukośnych widzieć w nich było można światła naczyń otoczone ciałkami białemi; w innych zaś miejscach, zwłaszcza na granicy wysepek skóry więcej zbliznowaciałych, znaleziono brodawki szerokie i przypłaszczone. Budowa właściwej skóry wykazuje jakby dwie oddzielne warstwy; jedna pod przybłonkiem posiada budowę zatartą, przebieg włókien tkanki łącznej nie jest falisty i regularny, naczyń w tej warstwie znaleziono tylko nieznaczną ilość, natomiast zaś obfity naciek drobnokomórkowy. Warstwa zaś druga głębsza właściwej skóry posiada obfitą ilość silnie rozwiniętych naczyń, około nich i pomiędzy niemi liczne ciałka wypocinowe; włókna tkanki łącznej w tej warstwie plączą się z sobą na wszystkie strony ale nie przypominają zupełnie tak zw. rombów Langera. W tej warstwie tu i owdzie napotkano nerwy niezmienione. Gruczołów ani tkanki tłuszczowej nie napotkano w preparatach zupełnie.

Wreszcie badano skrawki z miejsc najwięcej zbliznowaciałych i tu stwierdzono znaczne ścieńczenie warstwy przyskórka, warstwę rogową znaleziono szeroką, a warstwy inne przyskórka tylko niewyraźnie zaznaczone, jakby zatarte. Pomiędzy komórkami przyskórka napotkano nieliczne ciałka wypocinowe. Granica dolna przyskórka nie przebiega pagórkowato, lecz jest zupełnie równą i płaską, a przebieg ten tłómaczyć może tylko znaczne rozpłaszczenie i prawie — powiedzieć można — zanik brodawek. Warstwa brodawkowa skóry właściwej jest znacznie rozszerzona, jakby obrzękła, obrysy jej utkania zatarte, przebieg włókien tkanki łącznej zupełnie atypowy, wytworzył utkanie bliznowate zbite, naczyń prawie że w niej nie napotkano. Warstwa głębsza skóry posiada znacznie mniejszą ilość naczyń, niż w przyległych miejscach mniej bliznowatych, koło naczyń mniej widać ciałek wypocinowych; przebieg włókien tkanki łącznej również zupełnie nieregularny. Gruczołów i tkanki tłuszczowej zupełnie nie napotkano.

Ponieważ zachowanie się tkanki sprężystej w tem schorzeniu odgrywa bardzo ważną rolę, dlatego badałem je również w skrawkach z rozmaitych miejsc danego przypadku, jakoteż w skrawkach, branych z warg mniejszych zwłok kobiet, liczących od 15—60 lat.

Skrawki do tego celu barwiłem według sposobu podanego przez Herxheimera. Przy oglądaniu preparatów z warg mniejszych kobiet rozmaitego wieku uderzały wybitne różnice co do zachowania się włókien sprężystych i tak, gdy u dziewczyny 15-letniej włókna sprężyste stanowiły gęstą sieć, to u kobiety 35-letniej napotkano znacznie mniejszą ich ilość, a jeszcze mniejszą u kobiety 60-letniej. Bez porównania znacznie mniejszą ilość wykazywały skrawki brane z danego przypadku marskości sromu, bo tutaj tylko tu i owdzie zaznaczały się włókna sprężyste w kształcie cienkich luźnych włókienek.

Przy badaniu skrawków zwracałem również uwagę na to, czy nie napotkam gdzie pęczków mięśni, biorących swój początek z naczyń, na które zwrócił uwagę w swej pracy Mars, ale na utkanie mięśni poza naczyniami nigdzie nie natrafiłem.

Jeżelibym w danym przypadku szukał za czynnikiem przyczynowym schorzenia, to nie więcejbym nie mógł odnaleźć, jak długotrwałe upławy, ale i te trudno brać w rachubę, gdyż jeżeli one przez lat 19 nie wywołały żadnej zmiany na skórze sromu, to dosyć dziwnem byłoby ich patologiczne działanie właśnie w roku dwudziestym. To pewne, że w tym przypadku nie było cukrzycy, a i dla kiły nie odnalazłem żadnych danych.

W obrazie klinicznym opisanego przypadku mieliśmy zanik sromu i wogóle cechy typowe zaniku skóry. O tyle przypadek ten nie odpowiada przypadkom, podawanym przez innych autorów, że nie było w nim zupełnego zaniku warg mniejszych, a nawet istniał częściowy ich przerost.

Fakt ten tłómaczę sobie tem, że może u tej chorej wargi mniejsze były wogóle nadmiernie rozwinięte, a sprawa chorobowa jeszcze nie postąpiła daleko, zanik poczynał dopiero brać górę nad pierwotnym przerostem. Twierdzenie powyższe popierałoby największe zaciągnięcie tych miejsc, gdzie mikroskopowo stwierdziłem największe zbliznowacenie.

Badanie mikroskopowe wykazało, że przeważnie w opisanym przypadku marskość przedsionka była w pierwszym okresie rozwoju, a tylko miejsca zaciągnięte biało-perłowe, połyskujące, twardsze, tu i owdzie rozrzucone, dały obraz, odpowiadający drugiemu okresowi schorzenia.

Zapatrywań innych autorów co do postaci, pochodzenia i przebiegu marskości przedsionka nie przedstawiam, gdyż bardzo dokładnie je zestawił w wzmiankowanej pracy Prof. Mars, a od czasu jego pracy nie zaszły żadne zmiany w poglądach na tę sprawę chorobową.

W końcu niech mi wolno będzie złożyć głębokie podziękowanie Prof. Jordanowi za łaskawe zlecenie dokładnego zbadania danego przypadku.

II. Nowy przyrząd własnego pomysłu do oznaczania astygmatyzmu regularnego.

Podał
Dr. Adam Langie
okulista w Krakowie.

Zanim przystąpię do właściwego opisu mojego przyrządu, pozwolę sobie zrobić wpierw małe zboczenie w dziedzinę optyki fizyologicznej. Przez astygmatyzm regularny ro-

zumiemy wadę optyczną, polegającą na asymetrycznej budowie części łamiących oka, głównie rogówki, rzadziej już soczewki, skutkiem której oko takie okazuje w różnych swych południkach rozmaite załamanie światła (refrakcyę). Wskutek tego promienie świetlne, wychodzące z jednego punktu, nie mogą się skupić na siatkówce w jednym punkcie i ztąd nazwa urobiona z greckiego α *privativum* i στιγμα punkt. Największą różnicę refrakcyi okazują dwa prostopadle na sobie stojące południki, które nazywami **południkami głównymi** albo **osiami astygmatyzmu**, podczas gdy różnica ta stanowi jego **stopień**. Ponieważ każde, nawet zupełnie prawidłowe oko okazuje pewien nizki stopień astygmatyzmu zwanego fizyologicznym, przeto dopiero wtedy astygmatyzm uważamy za patologiczny, gdy obniża wzrok poniżej granicy, za prawidłową przyjętej. W tym ostatnim wypadku oko w każdej odległości widzieć musi niewyraźnie, gdyż albo niektóre promienie zostają skupione na siatkówce, inne przed lub za nią *(Ast. simplex)*, albo wszystkie promienie skupiają się przed lub za siatkówką, ale w rozmaitych od niej odległościach *(As. compositus myopicus* lub *hypermetropicus)*; albo wreszcie jedne promienie skupiają się przed, podczas gdy inne dopiero za siatkówką *(As. mixtus)*. Od stopnia i rodzaju astygmatyzmu zależy w poszczególnym wypadku większe lub mniejsze upośledzenie wzroku. Poprawić wzrok można zupełnie lub w znacznej przynajmniej części zapomocą szkieł cylindrycznych lub cylindryczno-sferycznych, ale do tego trzeba dokładnie poznać kierunek osi, rodzaj astygmatyzmu, równie jak refrakcyę głównych południków. Każdy okulista wie dobrze, jak nieraz mozolnem zadaniem jest właśnie oznaczenie kierunku osi, które, chociaż do siebie zawsze prostopadłe, mogą mieć w różnych oczach różne nachylenie, począwszy od ściśle poziomej aż do ściśle prostopadłej. Dla ułatwienia tego badania służą: jużto tablice z odpowiednio rysowanemi literami **Heymana**, liniami **Beckera**, lub wreszcie gwiazdą **Snellena**; jużteż rozmaite przyrządy jak keratoskop **Placido**, oftalmometer **Javala** lub **Javal-Schiötza**. Posługiwać się też można w tym celu wziernikiem i skiaskopią. Wszystkie jednak wymienione sposoby posiadają pewne wady; jedne są mało dokładne, drugie zbyt zawikłane, inne wreszcie jak n. p. aparat **Javal-Schiötza** nader kosztowne tak, że w codziennym użytku praktyka-okulisty albo wcale zastósowania znaleźć nie mogą, albo zbyt wiele pochłaniaja czasu. Dlatego też starałem się brak ten uzupełnić i sądzę, że mi się to choć w części udało.

Po dłuższych dochodzeniach teoretycznych wpadłem na sposób łatwy i prosty i obmyśliłem przyrząd niekosztowny, pozwalający w krótkim czasie oznaczyć wszystkie dane, przy badaniu astygmatyzmu konieczne. Za zasadę przyjąłem to prawo optyczne, że jeżeli przed okiem astygmatycznem umieścimy w pewnej odległości na białem np. tle linijkę, składającą się z szeregu białych i czarnych kwadratów, to kwadraty te tylko wtedy jako takie będą widziane, jeżeli obrazy ich padną na siatkówkę. W przeciwnym razie, t. j. gdy na siatkówce utworzą się obrazy rozpierzchłe skutkiem skupienia się promieni przed lub poza siatkówką, kwadraty zlewają się w jednę czarną linię. Pierwszy wypadek ma miejsce, gdy linijka ustawioną jest równolegle do południka o prawidłowej refrakcyi, lub odpowiedniem szkłem poprawionej, drugi — gdy jest równoległą do południka o refrakcyi nieprawidłowej i niepoprawionej. Oczywiście, że niezbędnym przy tem warunkiem jest, aby wielkość pojedynczych kwadratów była do odległości i do bystrości wzroku dobraną, dlatego też potrzeba kilku takich linijek, z których każda podzieloną jest na kwadraty innej wielkości. Jakie mają być te rozmiary, powiem zaraz przy objaśnieniu całego przyrządu.

Na nóżce pionowej, dającej się dowolnie podwyższać i zniżać, przymocowaną jest pionowo tarcza okragła o średnicy 24 ctm. Przednia powierzchnia tarczy *(Fig. 1)* jest

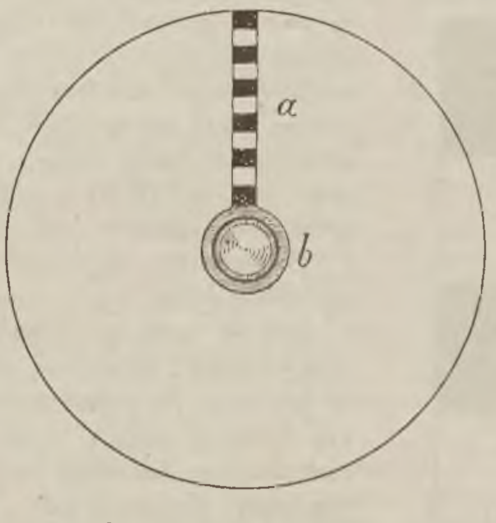


Fig 1. Tarcza z przodu, z założoną jedną z linijek (*a*) i śrubką, przytrzymującą linijkę (*b*), $^1/_4$ naturalnej wielkości.

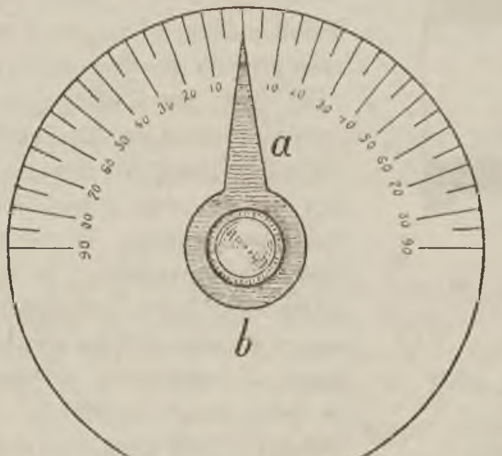


Fig. 2. Tarcza z tyłu ze skalą w górnej połowie: *a* wskazówka, *b* śrubka do kręcenia, $^1/_4$ naturalnej wielkości.

pomalowaną jednostajnie na biało. Na tylnej powierzchni *(Fig. 2)* znajduje się w górnej połowie podziałka na stopnie od pionowej w środku oznaczonej zerem, aż do 90° w obie strony. Poniżej podziałki z lewej i z prawej strony umieściłem napisy, służące do szybkiego oryentowania się w którą stronę dane nachylenie dla każdego oka rozumieć należy. Przez środek tarczy przechodzi w kierunku z tyłu ku przodowi oś, dająca się zapomocą klubki poza tarczą umieszczonej *(Fig. 2 b)*, dowolnie około własnej swej osi obracać. Do osi tej stale przymocowaną została za tarczą wskazówka *(Fig. 2 a)*, która, obracając się razem z osią, wskazuje w każdej chwili stopień nachylenia na podziałce. Przed tarczą z przodu zakłada się na oś jednę z linijek *(Fig. 1 a)* w ten

sposób, że zajmuje ona zawsze położenie równoległe do wskazówki i razem z nią przy obracaniu osi ściśle tesame ruchy wykonywa. Linijkę przyśrubowywa się śrubką, założoną na przedni koniec osi przed tarczą *(Fig. 1 b)*. Linijek takich jest siedm. Z tych pierwszą podzielono na największe kwadraty, odpowiadające swą wielkością dokładnie numerowi 60-temu tablic Snellena. Kwadraty następnej linijki, już mniejsze, odpowiadają numerowi 36-temu i t. d., aż wreszcie ostatnia linijka ma najmniejsze kwadraty, równające się numerowi 6-temu Snellena. Jedną z wymienionych linijek, mianowicie pierwszą, o największych kwadratach, przedstawia w naturalnej wielkości *Fig. 3.* Aby można było robić też próby z białymi kwadratami na czarnem tle, dodałem jeszcze drugą tarczę czarną o tejsamej średnicy, co biała, mającą w środku otwór tak, że daje się w razie potrzeby przed tamtą założyć.



Fig. 3. *a* otwór służący do zakładania na oś przyrządu.

Postępowanie moje przy badaniu jest następujące.

Badany siada w odległości 6 metrów od tarczy, ustawionej na wysokości jego oka. Po poprzedniem oznaczeniu bystrości wzroku w dal na tablicach Snellena zakładam linijkę, odpowiadającą najmniejszemu numerowi, który badany jeszcze rozpoznawał. Jeżeli przytem szkło sferyczne poprawiało wzrok, to pozostawiam je nadal przed okiem. Rozumie się samo przez się, że badać należy każde oko z osobna, podczas gdy drugie jest zasłonięte. Obracając teraz powoli oś przyrządu i wprowadzając temsamem linijkę kolejno we wszystkie południki, zapytuję badanego, czy widzi zawsze równie wyraźnie pojedyncze kwadraty. W takim razie oko niema astygmatyzmu, a raczej tylko minimalny. Jeżeli przeciwnie, przy pewnem ustawieniu oko nie jest w stanie rozróżnić kwadratów, ale widzi je zlane w jedną linię, dowodzi to, że w tym południku jest odmienna refrakcya, niż w innych. Gdyby nawet różnica ta była niewielką, wtedy możliwem jest, że oko rozróżni wprawdzie jeszcze kwadraty, ale będą one zamazane i przerwy między nimi niewyraźne. Wtedy należy użyć następnej linijki o mniejszych kwadratach. Wskazówka poza tarczą wskaże na podziałce stopień nachylenia tego południka. Drugi południk główny jest temsamem już wiadomy, gdyż musi stać do tamtego prostopadle. W ten sposób mamy najważniejszy punkt rozstrzygnięty. Obecnie chodzi tylko o drugie pytanie: jaka jest refrakcya w każdym z południków? W tym celu ustawiwszy linijkę równolegle do jednego z nich, przesuwam przed okiem szkła sferyczne tak długo, dopóki nie natrafię na takie, zapomocą którego badany widzi pojedyncze kwadraty. Następnie powtarzam tosamo w drugim południku. Dla szybkości używam t. zw. „règle du Dr. Parent", t. j. linii z rączką, na której umieszczone są w dwóch szeregach jedne pod drugiemi, coraz to silniejsze szkła wklęsłe i wypukłe, od 0·5 D. do 10 D.

Najlepiej objaśni to przykład. Badany źle widzi w dal. Badając oko prawe, znajduję przy użyciu — 4·5 D, $v = {}^{6}/_{18}$. Pozostawiwszy szkło — 4·5 D przed okiem, przekonywam się, że gdy linijka, odpowiadająca N owi 18 Snellena, ustawioną jest pod 30° ku skroni, wtedy widzi jedną linię czarną, jeżeli zaś do tamtego szkła dodam jeszcze — 2·5 D, to znowu rozróżnia pojedyncze kwadraty. Obróciwszy oś przyrządu o 90°, a więc ustawiwszy teraz linijkę 60° ku nosowi, znajduję, że rozróżnia kwadraty przy samem szkle — 4·5 D. Znalazłem zatem astygmatyzm złożony, jeden południk główny ma nachylenie 60° ku nosowi i refrakcyę 4·5 D, drugi 30° ku skroni i refrakcyę — 7 D. Stopień astygmatyzmu wynosi — 2·5 D.

Jak z powyższego przykładu widać, można przyrządem tym oznaczyć astygmatyzm, nie mając nawet szkieł cylindrycznych, jedynie przy użyciu sferycznych. Również obejść się można i bez tablicy Snellena, bo tę zastąpić mogą linijki przyrządu, które wystarczy pokazywać kolejno badanemu z odległości 6 metrów i kazać mu policzyć pojedyncze, coraz to mniejsze kwadraty. Można więc w ten sposób oznaczyć też bystrość wzroku w przypadkach niepowikłanych astygmatyzmem.

Używając mojego przyrządu od dłuższego czasu w praktyce, widzę, że oddaje on dobre usługi, dzięki właśnie temu, że badanie idzie znacznie prędzej. Ośmielam się zatem przypuszczać, że przyrząd ten będzie nader pomocnym w gabinecie lekarza praktykującego, albo w razie, gdy chodzi o masowe badanie, np. rekrutów, lub służby kolejowej.

III. Ostre zatrucie kokainą.

Podał

Dr. Władysław Herz.

Kokaina jest bezsprzecznie jednym z najdzielniejszych środków znieczulających miejscowo, a niezbędnym prawie do znieczulania błony śluzowej górnych dróg oddechowych, w którym to celu pierwszy zalecił go w r. 1884 Jelinek, zachęcony dobrymi wynikami, otrzymanymi w praktyce okulistycznej przez Kollera. To też mimo licznego i ciągle wzrastającego szeregu przetworów, mających wyprzeć ją z zajętego stanowiska, kokaina utrzymuje się dotychczas na swej wysokości, łącząc z własnością znieczulającą jeszcze inną, bardzo ważną, mianowicie brak drażnienia. Byłaby więc kokaina ideałem w swoim rodzaju, gdyby nie posiadała trzeciej własności, niemniej ważnej jak poprzednie, a podkopującej znacznie wartość środka samego, — gdyby nie była silną trucizną, ulegającą łatwo i szybko wessaniu drogą błon śluzowych.

Równocześnie ze znieczuleniem wywołuje kokaina skurcz powierzchownych naczyń krwionośnych; działanie jednak znieczulające nie pozostaje w związku z tym objawem, lecz zależy od bezpośredniego wpływu leku na zakończenia nerwowe (Dastre). Działanie trujące kokainy, podobnie jak wielu innych leków, jest zależne od wrażliwości chorego, to też mimo ostrożnego podawania jej zdarzają się dość często zatrucia, nawet śmiertelne. Wiek i stan ogólny chorego wpływają na ową wrażliwość, dlatego to prawie wszyscy autorowie polecają szczególną oględność w używaniu kokainy, zwłaszcza u osób nerwowych i niedokrewnych, u starców i dzieci.

Teoretycznie nam znana najwyższa dawka (0,05 grm.) w praktyce niezawsze może być uwzględnioną, bo bardzo często albo nie wywołuje pożądanego znieczulenia, albo też działa zbyt krótko. Z drugiej zaś strony znane są w piśmiennictwie przypadki, w których chorzy znosili olbrzymie dawki (0,2—0,3 grm. kokainy codziennie przez przeciąg kilku miesięcy) (Seifert), co naumowcli zmniejsza nieco ostrożność lekarzy w dawkowaniu tego środka. Delbose przytacza cztery przypadki śmierci, w których ilość użytej kokainy wynosiła między 0,80 a 1,50 grm. Są to jednak dawki, których ostrożny lekarz chyba nie użyje w żadnym przypadku. Lermoyez podaje 0,22 grm. kokainy, jako najniższą dawkę, która miała sprowadzić zatrucie śmiertelne; Schmidt uważa mniejwięcej 1 grm. za dawkę śmiertelną, lecz Reclus wymienia dwa przypadki niewątpliwe, w których dawki lecznicze (raz 0,02 grm., drugi raz 0,05 grm.) spowodowały śmierć, a Abadie przytacza przypadek 71-letniej kobiety, która w 5 godzin po zastrzyknięciu 0,04 grm. kokainy w powiekę dolną zmarła skutkiem zatrucia.

Dwadzieścia pięć lat stosowania kokainy w rozmaity sposób i w różnej ilości nie wystarczyło, mimo względnie ścisłych badań, do sformułowania objawów zatrucia tym środkiem i zebrania ich w szemat. Obraz bowiem tego zatrucia nie jest jednostajnym i często się zdarza, że spostrzegamy objawy wprost przeciwne do tych, które według zdania znanych badaczy uważaćby należało za klasyczne, albo brak nam takich, które, jako stale występujące, miałyby nadać rozpoznaniu cechę niezbitej pewności.

Lépine próbuje ułożyć objawy ostrego zatrucia kokainą w szemat, zastrzega się jednak z góry, że się wyjątki zdarzają bardzo często. Dzieli on przypadki zatrucia na: *a)* słabe, połączone z nieznacznym tylko skurczem naczyń; *b)* silniejsze z poważniejszemi zaburzeniami w czynnościach serca i mózgu (utrata przytomności i kurcze mięśniowe, przeważnie pochodzenia korowego); *c)* silne, wśród których przyłączają się do objawów poprzednich zmiany w oddychaniu i śmierć.

Lermoyez dokładniej opisuje przebieg ostrego zatrucia kokainą, porównując początek jego z objawami lekkiego zatrucia wyskokiem (ruchliwość, gadatliwość, nudności). W dalszym ciągu występuje uczucie zimna, bladość twarzy, pot, tętno nitkowate i przyspieszone, w końcu apatya i znaczne osłabienie. Ten przebieg lekkiego zatrucia trwa kilka minut do kilku godzin.

W silniejszem zatruciu spostrzegał on napady omdlenia, wymioty, lęk sercowy, a objawy te utrzymywały się przez przeciąg kilku dni, połączone z bezsennością i bezmoczem (anurya).

Silne zatrucia kończą się według tego autora śmiercią zwykle w przeciągu godziny. Brak przytomności, tętno nieregularne, kurcze z początku tężcowe, potem drgawkowe (przypominające padaczkę), zmiany w oddychaniu i rozszerzenie źrenic są charakterystycznymi objawami tego stanu. I ten opis często nie odpowiada rzeczywistości, spostrzegamy bowiem nieraz tętno zwolnione (Schmidt), co ma zależeć od wysokości dawki (Manquat), ale wobec wspomnianej już różnej wrażliwości chorych na kokainę, ściśle rzecz biorąc, zależność ta nie może być uwzględnioną. Nie mówi Lermoyez o przytaczanej przez autorów grze w mięśniach twarzy, a rozszerzenie źrenic, które on uważa za objaw bardzo niepokojący i przytacza go w obrazie zatrucia śmiertelnego, inni badacze uważają za występujący już w wypadkach lekkiego zatrucia (von Anrep, Pieniążek). Nie wspomina też Lermoyez objawu, który inni autorowie (Pieniążek) uważają za dosyć stały, tj. suchości gardła i jamy ustnej, a który zasługuje na uwzględnienie tembardziej, że mógłby się w danym razie przyczynić do odróżnienia zatrucia kokainą od napadu histerycznego, na które to podobieństwo zwraca uwagę Schmidt.

Niedawno miałem sposobność spostrzegać w szpitalu św. Elżbiety w Antwerpii przypadek ostrego zatrucia kokainą, który mi się wydaje godnym opisu ze względu na wybitność objawów z jednej strony, z drugiej zaś na odmienność przebiegu w porównaniu z wielu ogłoszonymi.

Ambulantka C. B., szwaczka, licząca lat 22, budowy wątłej i w lekkim stopniu niedokrewna, nie przedstawia żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Ze strony układu nerwowego nie zauważyła nigdy objawów chorobowych, a badanie fizyczne daje wynik ujemny. W celu usunięcia brodawczaków, usadowionych poniżej strun głosowych, zastosowano znieczulenie kokainą. Środka tego użyto już u tej chorej na parę dni przedtem w ilości około 0.10 grm. w tym samym celu, bez ujemnych następstw.

W zapasie się znajdujący $20^{0}/_{0}$-owy rozczyn kokainy w równych częściach wody i wyskoku okazał się nieskutecznym, prawdopodobnie z tego powodu, że nie był dosyć świeży. Sporządzono więc na poczekaniu inny rozczyn wodny, równie silny. Zastosowano go w postaci zastrzykiwań powierzchownych zapomocą strzykawki o kańce z wygięciem krtaniowem. Operacya trwała blisko pół godziny, w przeciągu której powtórzono zastrzykiwanie dwa razy. W ten sposób zużyto razem z ilością pierwszego rozczynu około 0.30 grm. kokainy. Małą część użytego środka chora wypluła lub odkrztusiła.

Dopiero po ukończeniu operacyi wystąpiły objawy, wzbudzające podejrzenie na zatrucie kokainą, jako to: uczucie zimna w całem ciele, a zwłaszcza w kończynach dolnych, połączone z częstymi dreszczami, osłabienie ogólne, rozszerzenie źrenic. Przytem tętno pełne i prawidłowe, wynosiło 70 uderzeń na minutę, oddychanie przyśpieszone; twarz mimo uczucia zimna bardziej zaróżowiona, niż zwykle, i ciepła. Brak nudności, przytomność zupełnie zachowana, był natomiast wybitny niepokój nerwowy, połączony z uczuciem lęku i niewygody.

Wszystkie te objawy w przeciągu dwóch godzin stopniowo ustąpiły, może pod wpływem użytych środków (zwolnienie obcisłej odzieży, ułożenie chorej poziome, wino, potem czarna kawa i 3 krople azotynu amylowego do wdychiwań). Chora czuła się tylko bardzo osłabioną i skarżyła się na zimno, ale nie w takim stopniu jak przedtem. Zbliżywszy więc łóżko do pieca, polecono chorej spokój.

W pół godziny po opisanem ustąpieniu objawów chora zaczęła bez widocznego powodu oddychać nieregularnie, szybko i płytko. Równocześnie wystąpiła znaczna suchość warg, jamy ust i gardła. Niepokój się wzmógł nieco, tętno się przyśpieszyło (100—120), jednak ani rozszerzenie źrenic, ani też uczucie zimna nie wróciło. Natomiast wystąpił obfity pot na twarzy. Stan ten trwał około trzech godzin i mimo wstrzyknięcia pod skórę 0.01 grm. morfiny, jako też mimo powtórnego podania kawy i azotynu amylowego, utrudnienie oddychania wzmagało się ciągle, dochodząc aż do objawów ciężkiej duszności.

Wtedy przeniesiono chorą z sali operacyjnej, gdzie dotychczas leżała, do sali chorych i przepisano rozczyn bromku sodowego 3:150. W 20 może minut potem stan się nieco polepszył; wtedy podano chorej pierwszą łyżkę wspomnianego leku, poczem po upływie 5 minut wszystkie objawy zupełnie i prawie nagle ustąpiły, pozostawiając tylko lekki ból głowy i bezsenność. Nazajutrz rano chora wyszła ze szpitala zupełnie zdrowa.

Widzimy więc, że w tym przypadku brakowało dwóch objawów, którym większość autorów przypisuje znaczenie pierwszorzędne, t. j. bladości twarzy i nudności. Z drugiej zaś strony godnem jest uwagi wystąpienie objawów silniejszego zatrucia bez widocznej przyczyny, w pół godziny po napadzie lekkiego stopnia, który można było uważać już za zupełnie ukończony. Nareszcie zakończenie drugiego szeregu objawów nagłem przejściem ze stanu bardzo ciężkiego do prawie prawidłowego, nie odpowiada regule tak, że się może nasunąć myśl, czy to nie był napad histeryczny, przeciw czemu przemawia przedewszystkiem wysokość dawki kokainy, powtóre owa suchość ust, która górowała obok duszności nad wszystkimi objawami, oraz rozszerzenie źrenic w pierwszej części napadu. W każdym razie potwierdza przebieg tego przypadku wspomniane już spostrzeżenie Schmidta. Arloing wypowiada na podstawie doświadczeń na zwierzętach zdanie, że kokaina działa podobnie jak strychnina. Czyżby więc ciągła obserwacya chorej w sali operacyjnej miała działać jako drażnienie, wywołujące kurcze przepony, które ustąpiły, gdy chora została sama, zdala od tego bodźca? Trudno się zgodzić na to wyjaśnienie wobec tak długo trwającej nieprzerwanej duszności i wobec tego, że doświadczenia (na małpie) wykazały, iż po owych kurczach występują czasowe porażenia, których w tym przypadku był zupełny brak. Zwrócić jednak muszę uwagę na to, że większość autorów poleca lekarzom tajenie przed chorym niepokoju, ponieważ to ma działać szkodliwie na przebieg objawów, — może drogą odruchów.

Działaniu bromku sodowego nie można przypisać polepszenia, ponieważ bardzo tylko małą ilość tego przetworu chora zażyła, a zresztą jeszcze przed zastosowaniem tego leku objawy zaczęły słabnąć. Co do leczenia zatrucia ostrego kokainą, to i tu panuje jeszcze chaos. Bezwzględnej odtrutki na kokainę nie mamy, chociaż niektórzy autorowie, jak Pieniążek, Lermoyez, bardzo chwalą działanie morfiny, a pierwszy uważa ją nawet za środek zapobiegawczy.

Przeglądając liczny szereg środków polecanych przez najrozmaitszych badaczów, nieraz wprost przeciwnych sobie, przychodzimy do wniosku, że ostre zatrucie kokainą dotychczas leczymy, zwalczając tylko pojedyncze objawy; to też kawa, kamfora, piżmo (Schmidt), azotyn amylowy (Manquat i inni), chloral (Mosso) i atropina (Skinner) mogą przynieść ulgę, jak z drugiej znów strony mogą pozostać bez skutku.

Na zakończenie chciałbym jeszcze omówić sposoby stósowania kokainy do znieczulania przedoperacyjnego w praktyce laryngologicznej, ponieważ one bezsprzecznie wpływają na mniej lub więcej łatwe wystąpienie zatrucia. W stanie suchym używa się kokainy albo w postaci kryształków przyczepionych do sondy, celem znieczulenia bardzo małych przestrzeni, albo w postaci proszku zmięszanego z innem ciałem sproszkowanem, obojętnem (cukier mleczny) w rozmaitym stosunku. Pierwszy sposób rzadko bywa używany ze względu na mały zakres działania, podczas gdy drugi, gorąco zalecany przez Schmidta, pozwala nam wprawdzie ściśle dawkować kokainę, ale działanie jego nie jest dosyć energicznem z powodu nierównoczesnego rozpuszczania się ziarenek kokainy.

Ogólnie używane są roczczyny wodne, wyskokowe, lub w obu tych płynach pomięszanych ze sobą w równych częściach. Roczczyny te zawierają rozmaite ilości kokainy, od 1 do 25 na 100. Gorące roczczyny mają posiadać większą siłę znieczulającą, aniżeli zimne, przy tejsamej zawartości kokainy. Ważnem jest spostrzeżenie, że roczczyny kokainy po kilku dniach tracą część swej siły znieczulającej, podczas gdy równocześnie wzmaga się ich własność trująca, a wyskok jest tylko na krótki czas w stanie uchronić je od tej zmiany.

Roczczyny kokainy stosujemy w operacyach laryngologicznych przeważnie w postaci *a)* wstrzykiwań podśluzowych, *b)* nastrzykiwań powierzchownych, *c)* rozpylań, i *d)* pędzlowania. Pierwszy sposób, w którym dawkowanie środka jest najłatwiejszem, posiada tę niedogodność, że sprowadza dosyć łatwo zatrucia, mimo że używamy względnie bardzo małych ilości płynu, a roczczynów słabych, nadto, że po wstrzykiwaniach pozostają częstokroć zgrubienia i stwardnienia, głównie na więzadłach (Pieniążek).

Nastrzykiwanie krtani powierzchowne strzykawką krtaniową lub przyrządem, który na ten cel poleca Schmidt, jest dla lekarza wygodnem i daje mu możność ścisłego oznaczenia ilości użytego płynu, ale posiada tę złą stronę, że mniejsza lub większa ilość roczczynu spływa obok miejsc, mających być znieczulonemi na niższe, skutkiem czego tylko pewna część jego działa znieczulająco, podczas gdy całość rozwija swe działanie trujące. Rozpylanie jest mało używane. Przestrzeń, na którą ono działa, jest znaczna, a więc roczczyny muszą być słabe (1: 100 — 1: 40 — Lermoyez). Pędzlowanie, sposób bardzo rozpowszechniony, wykonywa się zapomocą pędzla lub bawełny nawiniętej na sondę o karbowanym końcu. Drugi sposób jest o tyle lepszy, że za każdym razem używa się świeżej waty, co dla chorego jest przyjemniejszem i bezpieczniejszem. Ścisłe dawkowanie roczczynu jest tu wprawdzie niemożliwem, bo nie można oznaczyć ilości płynu pozostałego na pędzlu, ale wobec możliwości stósowania kokainy na pewne oznaczone miejsce, łatwiej mniejszą ilością użytego roztworu osiągnąć znieczulenie, skutkiem czego niebezpieczeństwo zatrucia jest mniejsze.

Wogóle przy używaniu kokainy należy mieć zawsze na oku jej własność trującą i starać się o ile możności najmniejszą jej ilością dopiąć celu. Zależy to przedewszystkiem od użytego sposobu i wprawy lekarza. Stosując kokainę ze świadomością ilości użytej, poznajemy niebezpieczeństwo zatrucia po wysokości dawki użytej, a nie po wystąpieniu objawów, które często, mimo przerwania znieczulenia, rozwijają się aż do groźnych rozmiarów.

* * *

IV. Oceny i sprawozdania.

Ludwik Teichmann: Naczynia limfatyczne w sprawach zapalnych błon surowiczych, tudzież płuc i wątroby. *(Rozprawy Akademii Umiejętności. Wydział matematyczno-przyrodniczy.* Serya II. Tom XIV).

Praca ta jest dalszym ciągiem mozolnych badań w zakresie naczyń chłonnych, których pierwsze wyniki ś. p. Profesor przed laty paru w rzeczy o słoniowacinie — ogłosił.

Badania te rozszerzają znacznie dotychczasowe nasze wiadomości o naczyniach chłonnych i rzucają nowe światło na udział ich w sprawach łącznotkankowych, które się toczą na błonach surowiczych rozmaitych narządów. Dzięki wynalezieniu odpowiedniej masy do wstrzykiwań (masa klejowa, zaprawiana osadem chromianu potasowego), doszedł ś. p. Profesor do wielu odkryć. Jak wiadomo, naczynia chłonne, tworzące na powierzchni narządów naszych najdelikatniejsze siateczki, albo w ich miąższ dążące śladem większych naczyń krwionośnych, bardzo często ulegają sprawom zapalnym, wskutek których z łatwością przychodzi w nich do zakrzepów. Dotknięte zakrzepem naczynie zarasta, gromadząca się zaś naokoło niedrożnego naczynia wypocina, krzepnąc, tworzy złogi tkanki łącznej. Otóż równocześnie z rozwojem tkanki łącznej, powstają w tych błonach wrzekomych także nowe naczynia chłonne, tworzące w nich gęste sieci. Część tych naczyniek udało się ś. p. Profesorowi T. niejednokrotnie nastrzykać, czem najdobitniej obecność ich stwierdził. I podczas, gdy rozwój taki tkanki łącznej, np. na opłucnej, analogicznie do zmian w tkankach skóry (co zresztą ma za jedną i tę samą sprawę) zwie elephantiasis pleurae, bujanie naczyń chłonnych uważa wprost za nowotwór tych naczyń. Wyświetlając znaczenie naczyń chłonnych i udział ich w zmianach zapalnych błon surowiczych i wskazując na obecność tych naczyń wszędzie tam, gdzie podobne zmiany mają miejsce, zaznaczył ś. p. Profesor T. możność wykluczenia *á priori*, obecności nie wykrytych dotychczas naczyń chłonnych w tych narządach, które zmianom łącznotkankowym nie ulegają (płuco-śledziona).

Kwiatkowski.

Prof. Dr. Alois Monti: Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. I Band, 1899.

Z okazyi 25-letniego jubileuszu istnienia wiedeńskiej ogólnej polikliniki, na życzenie swych uczniów, Prof. Monti postanowił ułożyć podręcznik chorób dziecięcych według swych wykładów. Znani nakładcy Urban i Schwarzenberg wydali pierwszy tom tego podręcznika, obejmującego 676 stronic. Na wstępie podał autor sposoby sztucznego i naturalnego karmienia osesków i wpływ ich na ustrój dziecka; następnie szczegółowo przeszedł pojedyńcze choroby narządu trawienia. Znakomicie został obrobiony dział, traktujący o zapaleniu żołądka i kiszek paciorkowcowem (gastroenteritis streptococcica), oraz o nieżycie zakaźnym żołądka i kiszek (gastroenaterocatarrhus septicus).

Z największą ścisłością klinicznie opracował Monti dział, odnoszący się do badania krwi i jej chorób. Podawszy sposoby oznaczenia ciężaru specyficznego krwi, zawartości w niej hemoglobiny ilości ciałek krwi czerwonych i białych, jako też szczegółową ich histologię, przechodzi autor do zmian krwi w przebiegu pojedyńczych chorób zakaźnych i ustrojowych (konstytucyonalnych). Opis pojedyńczych chorób krwi, jako też dających się wykonać w podręcznej praco-

wni praktycznego lekarza metod badania krwi, tak zostały celowo obrobione przez autora, że dziełu jego nadają pierwszorzędną wartość i stawiają na czele wszystkich podręczników chorób dziecięcych.

Dr. Bolesław Komorowski.

V. Wyciągi.

Blumenfeld. **Przyczynek do statystyki przyczyn raka macicy.** *(Münchener med. Wochs.*, 1899, Nr. 13). B. zebrał dane do swojej statystyki z kliniki położniczej w Monachium, gdzie w ciągu lat 14 leczono 678 przypadków raka macicy. Z danych tych wynika, że wiek, miesiączkowanie (względnie ustanie miesiączki), oraz obcowanie płciowe nie mają między przyczynami raka macicy przypisywanego im dawniej znaczenia. Natomiast pewną rolę zdają się odgrywać przebyte porody lub poronienia; mianowicie z ich częstością wzrasta i usposobienie do raka. Podobny wpływ zdają się mieć także przebyte sprawy zapalne macicy, bądźto popołodowe, bądź innego pochodzenia. Ciężkość porodów również zdaje się być z rakiem w pewnym związku, gdyż trzecia część chorych na raka rodziła ciężko. W 11% wykazał nadto B. skłonność dziedziczną do raka macicy. Oczywiście wszystkie te sprawy mają znaczenie tylko czynników usposabiających; właściwa przyczyna pozostaje nieznaną. Autor jest zresztą zwolennikiem teoryi pasorzytniczej raka, której żadnymi nowymi dowodami nie popiera. *C.*

Pal. **O śmierci z przyczyn, tkwiących w naczyniach obwodowych.** *(Wiener klinische Rundschau* 1899, Nr. 14). Serce przestaje bić nietylko wówczas, gdy sam mięsień sercowy uległ zmianom chorobowym i nie może sprostać zwykłym oporom krążenia, ale także wówczas, gdy do serca dostaje się zamało krwi. Dzieje się to mianowicie wówczas, gdy krew zalega w naczyniach obwodowych, wskutek zmian chorobowych, znoszących elastyczność i kurczliwość ich ścian, które, jak wiadomo, wielką rolę grają w krążeniu prawidłowem. Możnaby powiedzieć, że chory zakrwawia się wówczas do własnych naczyń. I tak w przypadkach podostrego otrucia fosforem śmierć następuje nietylko wskutek stłuszczenia mięśnia sercowego, ale także, i to może głównie, z powodu porażenia naczyń, względnie stłuszczenia ich ścian. Za życia występują w tych przypadkach objawy sprzeczne ze strony naczyń obwodowych a serca; częstokroć stwierdza się za życia jeszcze wyraźne zwężenie poprzeczne stłumienia serca, a po śmierci serce znajduje się w stanie skurczu, próżne. Ten rodzaj śmierci nazywa Pal „*Gefässtod*“. *C.*

Veis. **Głuchoniemota histeryczna.** *(Münch. med. Wochenschrift* 1899, 13). Zboczenie to nie należy do częstych; dotychczas opisano zaledwo kilkanaście przypadków. V. opisuje spostrzegany przez siebie przypadek, dotyczący 26 l. rolnika, zresztą nie należącego do „nerwowych“. Głuchoniemota wystąpiła w tym przypadku nagle, zrana po obudzeniu się; chory nie okazywał żadnych t. zw. „znamion histerycznych; badanie uszu nie wykazało żadnych nieprawidłowości“. Wyleczenie nastąpiło równie nagle zapomocą poddawania; mianowicie przygotowawszy w oczach chorego z pozornym wielkim zachodem i powagą przyrządy do cewnikowania trąbki Eustachiusza, napisał mu Veis na kartce, że natychmiast słuch powróci. W chwili, kiedy wdmuchiwane przez cewnik powietrze dostało się do trąbki, chory zerwał się z okrzykiem, że już słyszy. Dotychczas znane przypadki głuchoniemoty histerycznej dotyczyły wyłącznie mężczyzn w średnim wieku (15—35 lat), często nie okazujących innych objawów histeryi. Przyczyną wywołującą bywał najczęściej silny wstrząs cielesny lub duchowy. Rozpoznanie jest dość trudne, a najczęściej opierało się dotychczas na obecności „znamion“ histeryi lub „*ex juvantibus*“. Od niemoty podarowej różni się histeryczna głuchoniemota tem, że nie jest połączona z agrafią ruchową. W leczeniu poddawanie słowne nie da się zastósować, bo chorzy nie słyszą, można się więc uciec do poddawania na piśmie; kilkakrotnie osiągnięto też wyleczenie przez zastósowanie prądu przerywanego na krtań (wewnętrznie lub zewnętrznie). *X.*

W. Bechterew. **O padaczce pląsawiczej.** (Ueber Epilepsia choreatica). *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde.* (Zeszyt 3 i 4-ty r. 1898). Autor spostrzegał przypadek padaczki i pląsawicy u tego samego chorego. Związek, jaki zachodzi w tym przypadku między obydwiema temi chorobami jest bardzo ścisły. Chory, lat 21 liczący, którego ojciec jest nałogowym pijakiem, cierpi od dzieciństwa na napady padaczkowe, które się powtarzały w bardzo znacznych odstępach czasu. Pierwsze objawy pląsawicy wystąpiły około 8-go roku życia. Od tego czasu napady padaczkowe zaczęły występować coraz częściej, początkowo w odstępach trzymiesięcznych, w ostatnich czasach co tydzień. Drgawki pląsawicze wzmogły się również i w nasileniu swem są najznaczniejsze bezpośrednio przed napadem padaczkowym, ustępują zaś po tym zupełnie. Po kilku dniach występują na nowo ze wzmagającem się nasileniem, aż do najbliższego napadu padaczkowego. Autor radzi w tych przypadkach, w których pląsawica występuje nie jako powikłanie padaczki, ale stoi z nią w ścisłym związku, nazywać tę postać chorobową padaczką pląsawiczą (Epilepsia choreatica).

Dr. Mieczysław Świtalski.

Docent C. Haegler. **Bezgnilny czy przeciwgnilny materyał do podwiązek?** *(Ctrbl. f. Chir.* Nr. 15, 1899). Obok innych i autor bardzo często spostrzegał ropienie około szwów i podwiązek jedwabnych. Jedwab był wygotowywany w wodzie lub wyjaławiany w parze. Badanie i doświadczenie pouczyły H., że przyczyną ropienia są drobnoustroje, które niemal zawsze znaleźć można w jedwabiu, po przeciągnięciu go między palcami. Bakterye dostają się zatem ze skóry na jedwab. Ropieniu następowemu zapobiedz można jedynie, dodając do jedwabiu jakiś środek przeciwgnilny. Najlepszym okazał się sublimat, z którego rtęć tworzy b. ścisły związek z jedwabiem. I rzeczywiście, odkąd H. zaczął używać jedwabiu odtłuszczonego, wygotowanego wpierw krótko w nasyconym roztworze sublimatu, a potem w tymże rozczynie stale przechowywanego, nie miał ropienia. *Herman.*

J. Strassburger. **Ropne zapalenie przyjądrza jako powikłanie duru.** *(Wiener klin. Wochenschrift* 1899, Nr. 2). St. przytacza historyę choroby 34-letniego mężczyzny, u którego w 3 tygodnie po durze i w stanie zupełnie bezgorączkowym wystąpił nagle przy wstawaniu z łóżka ból w prawem jądrze i znaczny obrzęk. Badanie wykazało zapalenie przyjądrza. Po 4 tygodniach wystąpiło chełbotanie. Próbne nakłócie dało ropę, w której badanie bakteryologiczne wykazało obecność prątków durowych, stwierdzonych hodowlami. Wobec braku innych drobnoustrojów, oraz wykluczenia zakażenia z zewnątrz przez skórę i od strony cewki (brak wypływu ropnego), autor przypisuje powstanie ropnia prątkom durowym. *Dr. Flis.*

Dr. Focke: **Śmierć wskutek tężca ze stanowiska medycyny sądowej.** *(Vjschr. f. g. M. T. XVII, Supplh.* 1899). Śmierć w przebiegu tężca następuje albo z powodu ogólnego wycieńczenia, uduszenia, lub co rzadziej zdarza się wskutek porażenia serca. Wynik sekcyi jest zawsze ujemny; natomiast często wykazać można prątki tężcowe lub ich toksyny; wykazanie toksyn tem łatwiej się uda, im wcześniej będzie przedsięwzięte badanie. Do badania należy użyć kawałka tkanki zranionej lub z nią sąsiadującej. Kawałki wyciętej tkanki, podobnie jak i krew z serca, jakoteż śluz z oskrzeli należy przechować w wyjałowionych naczyniach i poddać możliwie najprędzej badaniu bakteryologicznemu. Rozpoznanie tężca będzie pewnem, jeżeli zwierzę, któremu zaszczepiono części podejrzanej tkanki lub jednę z wspomnianych treści płynnych, padnie w następstwie typowego tężca, oraz jeżeli hodowle z głębokich warstw tkanki wykażą prątki tężcowe, a wywiadami dadzą się stwierdzić drgawki. Niepewnem będzie rozpoznanie, jeśli się będzie opierało na wynikach szczepienia, względnie na wynikach hodowli z po-

wierzchownych warstw tkanki, wydzieliny rany lub na wyniku badania drobnowidowego, które wykaże prątki o znamiennej postaci. Jeżeli przeszczepianie na zwierzęta pozostanie bez skutku, wówczas można wykluczyć tężec, jako przyczynę śmierci. Staranne uwzględnienie wywiadów, wyniku sekcyi i badania bakteryologicznego dozwolą udowodnić, że u zmarłego wskutek tężca choroba była następstwem doznanego uszkodzenia. *Horoszkiewicz.*

Dr. Henryk Pohl. **Nowe tampony pochwowe z 10% ichtyolo-gliceryno-żelatyny.** Autor nie jest wielkim zwolennikiem stósowania ichtyolu w ginekologii i sądzi, że skutecznie działać on może tylko w zapaleniu rzeżączkowem pochwy i przy wypocinach w miednicy małej w okresie przewlekłym. Postać, w jakiej się ichtyol do użytku podaje, nie jest wcale obojętną. I tak gałki, zdaniem autora, nie działają, gdyż tłuszcze, z których są urobione, nie dopuszczają zetknięcia się ichtyolu z błoną śluzową. Tampony, napojone 10% roztworem ichtyolu w glicerynie, mogą działać tylko wprowadzane przez wziernik, gdyż przy wprowadzaniu palcami wszystek płyn z nich się wygniata. Gałki ichtyolo-gliceryno-żelatinowe źle działają, a jedynie ten przetwór może być skutecznie użyty w postaci tamponów, specyalnie przygotowanych według przepisu autora. Użycie tamponów tych jest analogiczne do użycia tamponów napojonych rozczynem ichtyolu w glicerynie. *St. D.*

Daut: **O związku między „stanem limfatycznym“, a przebiegiem błonicy.** *(Jahrbuch f. Kinderheilkunde,* XLVII, 1898). Już dawniej zwrócił uwagę Escherich na znaczenie pewnej więzi (konstytucyi), zwanej „status lymphaticus“ na przebieg błonicy; obecnie ukazała się z tej samej kliniki dziecięcej w Gradcu praca, w której już na całym szeregu przypadków zakończonych śmiercią, a potwierdzonych wynikiem sekcyi, omówioną jest ta sprawa. Ze spostrzeżeń poczynionych w klinice gradeckiej wynika, że dzieci ciastowatego wejrzenia, okazujące ślady krzywicy, powiększenie gruczołów chłonnych i powiększenie mieszków (folikułów) na korzeniu języka i gardle, jednem słowem dzieci okazujące „status lymphaticus“, ulegają niesłychanie łatwo błonicy. Dwa objawy występują u tych dzieci nader szybko i groźnie, mianowicie objawy duszenia się przy nawet nieznacznem zajęciu krtani, oraz pojawiające się już w początkach choroby osłabienie serca. Niekorzystny wpływ tej więzi (konstytucyi) objawił się także i w przypadkach następowo po błonicy rozwijających się zapaleń płuc. Wreszcie i ciężkie, tak zw. posoczne, postacie błonicy kończyły się u tych dzieci szybciej śmiercią, niż to z obrazu zmian przypuszczano. Z zestawienia protokołów sekcyjnych wynika, że na 79 przypadków śmierci z błonicy u 23 stwierdzono przy sekcyi „status lymphaticus“.

Te fakta każą nam przypuszczać, że dzieci obciążone tak zw. „status lymphaticus“ są wyjątkowo usposobione do przyjęcia jadu błoniczego, a więc łatwo na błonicę zapadają, a równocześnie, że są z natury mniej odporne, więc też łatwo błonicy ulegają. *R.*

Schultze. **Przyczynek do nauki o chorobowych zaburzeniach świadomości.** *(Allg. Ztschr. f. Psych. Z. 6, 1899).* Autor opisuje 3 przypadki, które określa jako „automatisme ambulatoire“. Przypadki te tyczą się chorych, którzy z powodu chorobliwie zmienionej świadomości nagle porzucają miejsce dotychczasowego pobytu, zajęcie, rodzinę, podejmując odległe podróże. W pierwszym przypadku, opisanym przez autora, jednoroczny ochotnik opuścił swój pułk i odbył podróż do Anglii, stamtąd zaś do Ameryki, odbywszy już raz poprzednio taką bezcelową podróż. U chorego, dziedzicznie obciążonego, dają się z wszelkiem prawdopodobieństwem wykazać objawy padaczki. W dwóch innych opisanych przypadkach przypuszcza S. również padaczkę, jako podstawę zaburzenia świadomości. Cechą charakterystyczną dla podróży podejmowanych przez tych chorych jest ich bezcelowość, a chory nie może się oprzeć przymusowi podróżowania. Stan ten określają z tego powodu także jako „determinisme ambulatoire“ zwłaszcza, że nie daje się w nim zauważyć ani zupełna utrata pamięci, ani wybitniejsze zaburzenie przytomności. Przymus do podróżowania jest objawem różnych chorób umysłowych, jak tępoty umysłowej i obłędu histerycznego, zauważyć jeszcze należy, że chorzy tacy, choć nie znoszą zazwyczaj wyskoku, wśród podróży spożywają nawet wielkie jego ilości bez szkody.

S. podnosi podobieństwo tych stanów z opilstwem okresowem, którego napady zalicza również do padaczki. Chorzy Sch. mają pewne właściwości charakteru wspólne z padaczkowymi; jeden z nich jest nadzwyczaj ambitny i lekceważy sobie wszystko i wszystkich, drugi jest złośliwy i gniewliwy. Trzeci zarozumiały, a brak mu wytrwałości w przedsięwzięciach. Przy ocenie sądowo-lekarskiej należy okoliczności te ściśle uwzględnić. *Horoszkiewicz.*

Kühn: **Samookaleczenie w następstwie wprowadzenia do pochwy kryształu siarkanu miedziowego.** *(Vrjschr. f. g. M.* T. XVII. Z. II. 1899). Dziewczyna 23-letnia, głuchoniema, umysłowo słabo rozwinięta, wprowadziła sobie do pochwy kilkugramowy kryształek siarkanu miedziowego, wrzekomo w celu usunięcia zaparcia stolca, na które od dłuższego czasu cierpiała. Kryształek dostał się do tylnego sklepienia i pozostawał tam około 20 godzin. W czasie tym powstało wśród gwałtownych bólów na tylnej ścianie pochwy około 4 mm. głębokie owrzodzenie, obok nadżarcia sąsiednich części błony śluzowej. W miarę zaś rozpuszczania się siarkanu miedziowego płyn spływający działał żrąco na całą tylną część pochwy. Ogólnych objawów zatrucia, zwłaszcza ze strony układu nerwowego ośrodkowego, autor nie zauważył. Badana po kilku dniach powróciła do zdrowia. *Horoszkiewicz.*

Prof. Nothnagel. **Rzekome zapalenie okatnicze.** — *Pseudoperityphlitis. (Wiener klinische Wochenschrift* 1899, Nr. 15), (numer poświęcony XVII Zjazdowi internistów niemieckich w Karlsbadzie). Podobnie, jak istnieje rzekome zapalenie otrzewnej na tle macinniczem *(pseudoperitonitis hysterica)*, wydarzyć się też może ograniczone zapalenie.

Taki przypadek, dotychczas jedyny spostrzegał Nothnagel w swojej klinice i ogłasza go w krótkości.

Chory, lat 20 liczący, pomocnik fryzyerski, z rodziny obciążonej chorobami nerwowemi i umysłowemi; w 15 roku życia upadł na głowę z nieznacznej wysokości (z drabinki pokojowej), a odtąd cierpiał na bóle głowy, drżenie rąk, zawroty głowy, osłabienie. Oznak padaczki nie było. Po 6 tygodniach nastąpiło wyleczenie prądem elektrycznym.

Przed 2 laty bez przyczyny wyraźnej rozpoczęły się nagle bardzo silne bóle w prawej pachwinie. Z tego powodu chory został przyjęty do kliniki chirurgicznej, gdzie stwierdzono stan następujący: brzuch na oko prawidłowy; okolica biodrowo-kątnicowa przy ucisku nadzwyczaj bolesna; w głębi ma się nawet wyczuwać guz obły, wielkości orzecha włoskiego, w okolicy wyrostka robaczkowego. W okolicy lędźwiowo-krzyżowej prawej — nadczułość, ostatnie kręgi lędźwiowe i kość krzyżowa przy ucisku tkliwa. Stan bezgorączkowy, tętno 72.

Po 2 tygodniach stan takisam; okłady nieskutkują, stan bezgorączkowy, bólów napadowych brak. Zresztą stan podobny do poprzednio opisanego. Odstąpiono więc od rozpoznania: *perityphlitis*, również od cięcia brzusznego, a chorego wypuszczono.

W domu chory skarży się na stałe bóle w okolicy biodrowo-kątnicowej, zresztą stan bezgorączkowy.

Wskutek nalegań przyjmują go napowrót do kliniki chirurgicznej, a tym razem już domaga się wykonania operacyi, choćby tylko próbnej. W cięciu brzusznem pokazują się najzupełniej prawidłowe stosunki tak przed otrzewną, na powierzchni kości biodrowej i w częściach miękkich, jak również śródotrzewnowo, na kiszce ślepej i wyrostku robaczkowym.

Ani śladu zapalenia, żadnych zlepów lub zrostów. Mimoto odcięto wyrostek, raz *ut aliquid fiat*, powtóre, aby uniknąć kiedykolwiek w przyszłości możliwego zapalenia wyrostka.

Wyrostek wycięty, badany histologicznie, okazał się zupełnie prawidłowym."

Wyleczenie przez rychłozrost, stan bezgorączkowy, bóle tak samoistne jak i pojawiające się przy dotyku zupełnie ustąpiły. Chory wrócił do domu zdrów.

Dwa lata następne przeszły bez jakichkolwiek zaburzeń. Ledwie tylko niekiedy leciuchne uczucia (sensacye) w prawej okolicy biodrowej. Naraz dostaje chory nadzwyczajnych bólów w okolicy omawianej bez wyraźnej przyczyny. Bóle są prawie stałe, gniotące, wiercące, nawet przez noc nie dają spać choremu. Łaknienia przytem niezłe, stolec zaparty, ale nawykowo od 6 lat. Chory przyjęty do I kliniki lekarskiej.

Ze „stanu obecnego" należy podnieść: wyraz twarzy schorzały, bojaźliwy. Chory zatrwożony o swe zdrowie, sprawdza własnym ciepłomierzem pomiary czynione przez posługaczkę. Brzuch nigdzie niewypuklony. Ucisk, nawet lekki, w okolicy biodrowo-tętnicowej ma sprawiać choremu s t r a s z n y b ó l. Nic jednakowoż nieprawidłowego nawet w głębi nie można wymacać. Co przecież zadziwia, że fałd skóry na brzuchu najlżej ściskany już ma sprawiać choremu o g r o m n y b ó l. Zresztą tętno, oddechy, ciepłota, mocz w najzupełniejszym porządku.

Szczegółowe badanie pokazuje, że po całej stronie prawej istnieje ogólna nadczułość na dotyk, ból, ciepłotę. Również odruchy kolanowe znacznie wygórowane, zwężenie pola widzenia współśrodkowe, obustronne, (prawe więcej, niż lewe).

Pobyt w klinice trwał przez dwa tygodnie, stan był ciągle bezgorączkowy. Leczenie odbywało się prądem przerywanym. W końcu opuszcza chory zakład zupełnie zdrów.

Zbierając razem objawy, dochodzi się do następującego wniosku: Chłopak nerwowy, do tego newropatycznie obciążony, przed dwoma laty przebył już raz podobne cierpienie, a wówczas operacya stwierdziła zupełny brak jakiejkolwiek choroby. Obecnie nowe bóle, brak gorączki, wymiotów, brak guza — natomiast nadczułość skórna, jakiej niema nawet w silnem zapaleniu okątnicowem, przytem wygórowane odruchy, zwężenie pola widzenia, szybka poprawa pod wpływem leczenia miejscowego elektrycznością, a zatem brak wszelkich podstaw do rozpoznania zapalenia okątnicowego, — pozostaje tylko możliwość rzekomego zapalenia na tle macinniczem.

Nie można było dowiedzieć się, czy chory przypadkowo przed dwoma laty nie widział jakiego innego chorego na zapalenie okątnicowe. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. L. S z u m a n (Toruń). **Spostrzeżenia dotyczące leczenia dolegliwości pęcherzowych, wynikających z przerostu gruczołu krokowego.** (*Nowiny lek.* Nr. 2 i 3, 1899). Pięciokrotnie ponawiane próby leczenia dolegliwości, wywołanych przez stan gruczołu krokowego przez wycięcie przewodów nasiennych, tylko dwa razy dały wynik zupełnie dodatni. U pozostałych trzech chorych dwa razy nastąpiła mała poprawa, polegająca na możności częściowego opróżniania pęcherza; u jednego zaś przewlekłe zupełne zatrzymanie moczu wcale nie uległo zmianie po operacyi. U 2, z tych 5 chorych, zmuszonym był Szuman wykonać nadto cięcie nadłonowe: raz z powodu kamienia, a drugi raz z powodu krwotoku. W pierwszym razie gruczoł krokowy, jednostajnie przerosły, sterczał do pęcherza na kształt rozpulchnionej części pochwowej macicy i w tym razie po przecięciu przewodów nasiennych powróciła zupełnie wydolność pęcherza, a nadto cewnikiem można było wykazać przykrócenie się cewki o 4—5 ctm., a palcem przez odbytnicę — zmniejszenie się wymiarów gruczołu. U drugiego chorego przerosła była przeważnie prawa część gruczołu, i jak się o tem Sz. w 1$^1/_2$ roku po resekcyi przewodu nasiennego przekonał, wrastała do pęcherza w postaci dużego guza kulistego i uszypułowanego. Guz pochylał się w stronę lewą i na wzór klapy zamykał ujście wewnętrzne cewki. Tu nie ustąpiło zupełne zatrzymanie moczu nawet wówczas, gdy trzeba było choremu cięciem nadłonowem otworzyć pęcherz z powodu ogromnego krwotoku, i gdy mu przy tej sposobności Szuman odciął guz zupełnie.

Takie wyniki własne i bardzo do tych podobne wielu innych autorów skłaniają Sz., który zdaje się w przewlekłem przekrwieniu upatrywać źródła wszelkich dolegliwości u prostatyków do zmiany pewnej w leczeniu przerostu gruczołu krokowego, a zmiana ta zasadza się na tem, że nad wszystko inne zaleca chorym spokój, dyetę niedrażniącą, chłodne kąpiele nasiadowe, przepłukiwania pęcherza rozczynem kw. borowego lub chinosolem, a punkt ciężkości przenosi do z i m n y c h w s t r z y k i w a ń odbytnicy. Ten ostatni zabieg wykonuje przy pomocy dwóch cewników elastycznych francuskich, Nr. 22 i 24. Cewnik pierwszy węższy wprowadza do prostnicy aż do górnej granicy gruczołu krokowego i cewnik ten łączy z naczyniem napełnionem 2 litrami wody zimnej jak lód. Drugi cewnik grubszy, wprowadza nieco wyżej, jak pierwszy i łączy go z rurką, która drugim końcem zwisa do podstawionego kubła. Woda, która przez pierwszy cewnik wpływa do prostnicy, wypełnia ją zupełnie, styka się na szerokiej przestrzeni ze ściankami gruczołu krokowego i odpływa cewnikiem drugim. Po przejściu 2 litrów wody, ściany kiszki tak się ochładzają, że wywołują wrażenie lodowatych. Przepłukiwania te powtarza początkowo dwa razy dziennie, — potem raz na dobę. Kilka już razy w ten sposób osiągnął trwałe wyleczenie. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dioninę, środek mający zastąpić morfinę, stósował K o r t e (*Therap. Monatsh.*, 1899, Styczeń). Dionina jest to proszek biały, krystaliczny, gorzkiego smaku, w wodzie i wyskoku łatwo rozpuszczalny, — chemicznie jest etylowaną morfiną. Stósowana w przypadkach uporczywego kaszlu w gruźlicy, nieżycie oskrzeli, rozedmie płuc okazała się dobrym środkiem uspokajającym i kojącym, w działaniu podobna do morfiny i kodeiny, odróżnia się przecież od pierwszej, że działa mniej odurzająco i nie wpływa na przewód pokarmowy. Jest silniejszą od kodeiny, a jej działanie trwa dłużej.

Dioninę podaje się kilka razy w ciągu dnia po 0,015, albo na noc 0,03, lub w płynie np.:

Rp.: Dionin 0,30
Aq. destillat 20,0
S. 2—3 razy dziennie po 15 kropli. *jr.*

H e r m a n n i podawał w wymiotach u ciężarnych *orexinum basicum* (Kalle i Spka). Dwa razy w ciągu dnia powtórzona dawka 0,30 tego przetworu usuwała w każdym przypadku w przeciągu najwyżej kilku dni uporczywe wymioty ciężarnych. (*Therap. Monatshefte*, 1899, styczeń). *jr.*

L a n d r e w i e zaleca do leczenia raka twarzy, szczególnie nie dającego się operować, wyłyżeczkowanie i pędzlowanie błękitem metylowym, który obok kojenia bólu miał sprowadzać zabliźnienie zupełne. (*Lyon. méd.*, 1898). *F. K.*

Oddawna istnieją próby, aby środki silnie redukcyjne, wywołujące tak często zapalenie skóry, złagodzić lub innymi zastąpić. K r o m a y e r wprowadził przetwory pochodne kw. pyrogalusowego, chrysarobiny i resorcyny, które na chorej skórze rozkładają się na chemiczne składniki, przez co istoty właściwe, pyrogalol, chrysarobin i t. p. działają *in statu nascendi.* B o t t s t e i n poddał dla tego te nowe przetwory: eugalol, lenigalol, — lenirobinę, eurobinę, — euresol, ponownym próbom w 92 przypadkach różnych chorób skórnych. (*Ther. Mon.*, 1899, 1). Wyniki były mniej lub więcej pomyślne; lenigalol oddaje bardzo dobre usługi przy wypryskach różnego rodzaju, przewlekłych i podostrych, i to w maściach z początku słabych (3—5% z ciastem (pastą) cynkowem), później stopniowo coraz silniejszych (do 30%): podobnie działa zastósowany na głowę, gdzie chrysarobin lub pyrogalol, skutkiem barwienia włosów, użytymi być nie mogą (łuszczyca). Eugalol dawał pomyślne wyniki tylko w wilku rumieniowym (lupus erythem.), w innych chorobach nie tylko, że nie działał szybciej jak przetwór poprzedni, ale wy-

wolywał nawet znaczne zadrażnienia skóry. Eurobina okazała się w postaci maści i w płynie nader skuteczną w łuszczycy, usuwając ją szybko, nie drażniąc jednak skóry, jak chrysarobina. Lenirobiny nie próbowano wcale, mając w eurobinie już środek zastępczy, nie drażniący. Euresol okazał się w 4 przyp. figówki wcale niepomyślnym. Środki te wymagają naturalnie jeszcze licznych prób, a dokładne wskazania dopiero wykażą, czy niektóre z nich dotąd za nieużyteczne uznane, nie będą jeszcze dla pewnych chorób nader pomyślnymi, inne zaś dotąd dodatnio działające, na większy szereg chorób rozszerzone. *F. K.*

Dynamogen zdobywa sobie ostatnimi czasy wybitniejsze stanowisko między środkami żelezistymi. Jest to przetwór organiczny, żelezisto-hemoglobinowy, zawiera też znaczny odsetek białka i wodników węgla, jest więc równocześnie środkiem żelezistym i odżywczym. Nadaje się szczególnie do podawania ozdrowieńcom jak również chorym niedokrewnym, krzywiczym itd.

Podnieść też należy, że przetwór ten odznacza się przyjemnym smakiem, a przytem jest nie drogi (250 grm. kosztuje 1 złr. 25 ct. (*W. med. Presse*, Nr. 13, 1899). *R.*

Leczenie urotropiną przewlekłego zapalenia pęcherza u dzieci poleca Heubner (*Therap. d. Gegenwart*, 1899). Przytacza on 5 przypadków tej choroby u dzieci od 3 do 10 lat. U czterech chorych mocz był alkaliczny i pomimo leczenia innemi metodami i przepłókiwaniem pęcherza, choroba trwała. Zastósowanie urotropiny przez czas dłuższy uzdrowiło zupełnie tych chorych. U piątego chorego, u którego mocz, pomimo sprawy zapalnej w pęcherzu, miał odczyn kwaśny, urotropina była bezskuteczną. Heubner kładzie na to nacisk, ażeby podawanie urotropiny, jeśli ma być skuteczne, trwało długo. Dzieciom poleca się urotropinę cztery razy dziennie po 0,25. *A. Kw.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 7 kwietnia 1899 r.
Przewodniczący: kol. Sielski. — Członków Obecnych 32.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Lesław Gluziński streszcza jeszcze raz po krótce wyniki swoich doświadczeń i spostrzeżeń o przebiegu grypy (influenzy). W dyskusyi zabiera głos kol. Stachiewicz, który z wykładu odniósł wrażenie, jakoby prelegent chciał wszystkie choroby, czy to bezpośrednio, czy też pośrednio podporządkować pod grypę (influenzę), której charakterystyki nie podał. Dziś rozpoznaje się grypę, jeśli obok dreszczów, gorączki, często wczesnych potów, wystąpią bóle kostne i mięśniowe przy istniejącej odpowiedzi, lecz i tu pomylić się można, tak, że właściwie możemy na pewno mówić, że była grypa, gdy po dniach kilku gorączka opadła. Prelegent podaje typ 4-dniowy tak dla grypy samej, jako też dla jej powikłań. Na to trudno się zgodzić, gdyż praktyka codzienna co innego wykazuje; grypa nie ma żadnego typu co do czasu, jest najkapryśniejszą ze wszystkich znanych chorób, a w następstwach nieobliczalną. Mowca zgadza się w całości na to, że narządy, dawniej zajęte, przy wybuchłej grypie, zaraz się odzywają; prelegent oświadczył, że u suchotników ze sprawami zabliźnionemi, zapalenie płuc pogrypowe, przebiega nieszkodliwie dla tych ognisk i ma skłonność do stwardnienia; kol. Stachiewicz ze swego doświadczenia tyle powiedzieć może, że niczego tak się nie boi u suchotników, jak zapalenia płuc przy ognisku starem, bo wtedy zazwyczaj wszystko przechodzi w rozpad, działanie podobne do tego, jakie występuje po zastrzyknięciu surowicy Kocha.

III. Z porządku dziennego kol. Krzyszkowski przedstawia mózg kobiety z wągrem, usadowionym w 4 komorze. Wągr posiada cechy tak zw. w. groniastego (*cysticercus racemosus*). Pęcherz wągra wielkości małego orzecha włoskiego leżał wolno w rozszerzonej 4 komorze. Na dnie komory stwierdzić można odgraniczone bujanie wyściółki komory mózgowej (ependymy) w postaci płaskiej wyniosłości, mającej około 1 ctm. średnicy. Komory boczne rozszerzone. Kol. Feuerstein omawia przebieg kliniczny przypadku, który stanowi przedmiot demonstracyi kol. Krzyszkowskiego. Dwudziestokilkoletnia kobieta doznaje od kilku miesięcy bólów głowy, połączonych z zawrotami i wymiotami. Na podstawie objawów klinicznych można z dużem prawdopodobieństwem rozpoznać nowotwór móżdżka (bóle głowy, wymioty, zwolnienie tętna, *ataxia cerebellaris*, tarcza zastoinowa, drgawki ogólne). Prócz tych objawów stwierdzono, że chora stale pochylała głowę ku przodowi, a następnie, że najchętniej przybierała położenie, zwane pozycyą *à la vache*. Każda próba uniesienia głowy do góry, albo też ułożenia chorej na wznak, wywoływała natychmiastowy zawrót i gwałtowne wymioty, przyczem pojawiały się niekiedy krótkotrwałe tężcowe drgawki, albo też występował stan podobny do omdlenia (utrata przytomności, sinica, rozszerzenie źrenic, nikłe tętno).

Po krótkiem omówieniu postaci klinicznych, pod jakiemi przebiega wągr 4 komory, mowca zwraca uwagę, że z przeglądu odnośnej kazuistyki, nawiasowo mówiąc, bardzo ubogiej, można się przekonać, iż w historyach chorób, odnoszących się do takich przypadków wągra 4 komory, które mniej lub więcej przypominały obraz nowotworów tylnej jamy czaszkowej, wspominano kilkakrotnie (nie przypisując temu zresztą żadnego większego znaczenia), o powstawaniu wymiotów pod wpływem pewnych ruchów głowy i tułowia, jako też o stałem utrzymywaniu głowy w pewnych określonych położeniach. Zestawiając własny przypadek z podobnemi spostrzeżeniami, dotyczącemi wpływu położenia ciała na objawy chorobowe, występujące w przebiegu nowotworów móżdżka, mowca wypowiada zdanie (które uzasadni obszerniej na innem miejscu), że na przyszłość przy rozpoznawaniu nowotworów tylnej jamy czaszkowej trzeba się będzie zupełnie poważnie liczyć z wągrem 4 komory w tych wszystkich razach, w których badanie kliniczne wykaże instynktowne pochylanie głowy ku przodowi, albo też przynajmniej wyraźny wpływ przednio-tylnych ruchów głowy na powstawanie wymiotów i zawrotów.

W dyskusyi kol. Włodz. Sieradzki wspomina o znalezionym przez siebie wągrze 4 komory w przypadku nagłego zejścia śmiertelnego, nie poprzedzonego żadnymi objawami chorobowymi.

Nadto przemawiali: koll. Skałkowski i Szulisławski.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 19 kwietnia 1899 r.
Przewodniczący: kol. Prezes Prof Pieniążek. — Członków obecnych 25; jako gość kol. Kosiński z Warszawy.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Docent Sroczyński przedstawił z praktyki prywatnej rzadki okaz gruźlicy spojówki u mężczyzny 25-letniego, dotkniętego równocześnie naciekiem płuc i przerostową postacią zapalenia jamy nosowej i nosowo-gardłowej. Zmiany zajmowały załamek górny, dolny i fałd półksiężycowy spojówki oka prawego, w postaci wyniosłych nad powierzchnię ognisk polipowatych, pokrytych płytkiem owrzodzeniem, z wybitnymi gruzełkami na dnie i obwodzie. Prątków gruźliczych w wydzielinie wykazać nie zdołano, dlatego zaszczepił prelegent część podejrzanej tkanmy królikowi do przedniej komórki oka, celem stanowczego stwierdzenia rozpoznania. Leczenie będzie polegać na wycięciu części chorobowo zmienionych i przypaleniu ubytku galwanokauterem.

III. Kol. prof. Pieniążek przedstawił rzadki przypadek porażenia mięśni rozwierających głośnię, połączonego z porażeniem podniebienia miękkiego i upośledzeniem czucia w krtani i połyku. Wobec tego, że chory przebył przed rokiem jakieś zapalenie gardła, po którem wystąpiło podwójne widzenie (diplopia), i porażenie ręki prawej, które później ustąpiły, możnaby i obecne porażenie uważać za poblonicze; przemawia przeciw temu jednak okoliczność, że porażenie utrzymuje się stale. Cierpienie dolega choremu głównie przez utrudnienie oddechania skutkiem zwężenia głośni. Potrzebną być może tracheotomia, po której możnaby myśleć jeszcze o wycięciu strun głosowych przy laryngofisurze; lecz mógłby to być środek obosieczny. Oddechanie mogłoby się niezawodnie poprawić, ale wobec upośledzenia odruchu krtaniowego, mogłyby po zabiegu wpadać do tchawicy pokarmy i wywołać zachłystowe zapalenie płuc.

IV. Kol. prof. Reiss przedstawił następujące przypadki z kliniki chorób skórnych: 1) Przypadek wrzodu twardego na przedniej powierzchni części pochwowej macicy; gruczoły w pachwinach nie były powiększone. 2) Rzadki przypadek *favus turriformis*. 3) Przypadek *her-*

pes tonsurans vesiculosus. 4) Przypadek kombinacyi wysypki kiłowej z łuszczycą (*psoriasis*). Nad tymi przypadkami rozwinęła się ożywiona dyskusya, w której wzięli udział koll. prof. Zarewicz, Żydłowicz, Boczar i prelegent.

V. Kol. Gliński demonstrował śledzionę z ogniskami zgorzelinowemi, o postaci zatorów i mózg z ogniskiem rozmiękczynowem, pochodzące z chorego, który przed 3 tygodniami przebył włóknikowe zapalenie płuc. Materyału do zakaźnych zatorów nigdzie nie można było wykazać w ustroju.

Sekretarz doroczny: *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba Lekarska zachodnio-galicyjska

Protokół z posiedzenia pełnej Izby z dnia 29 kwietnia 1899 r.

Obecni: Przewodniczący: Dr. Józef Łazarski.

Członkowie: Drowie: A. Bossowski, L. Cwiklicer, A. Dietzius, J. Gąwlik, S. Jabłoński, T. Kijas, S. Ponikło, W. Świątek, J. Wain, J. Walczyński i R. Trzebicky.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Sprawozdanie Komisyi kontrolującej: Drowie: Gawlik i Dietzius, jako komisya kontrolująca, oświadczają, że znaleźli rachunki zgodne z dowodami i wnoszą udzielenie skarbnikowi absolutoryum z rachunków za rok 1898.

Dr. Dietzius przy tej sposobności zwraca uwagę, że zaległości członków z wkładkami są bardzo znaczne i domaga się od Wydziału energiczniejszego ich ściągania. Dr. Trzebicky sądzi, że za mało energiczne ściąganie wkładek działa tylko demoralizująco na członków; dla tego wnosi, aby Wydział tym kolegom, o których sądzi, że zaległe kwoty ściągnąć nie będzie można, zaległości odpisał; od reszty zaś ściągał wkładki w drodze politycznej egzekucyi przez c. k. Starostwa. Przewodniczący wyjaśnia, że każdy z członków był już upominany o zapłacenie wkładki i następnie zwrócono się do Starostw o ściąganie, w drodze egzekucyi, jednak egzekwowanie to przez Starostwa bardzo opornie idzie; w wielu wypadkach Starostwa nic nie odpowiedziały, lub też, że zalegający nie jest wstanie zapłacić. Dr. Cwiklicer sądzi, że kiedy Izba ma prawo pobierać opłaty, to Starostwa obowiązane są je ściągać; a jeżeli tego energicznie nie czynią, to jest na to sposób żalenia się w c. k. Namiestnictwie, które przynagli Starostwa. Dr. Trzebicky uważa niepłacenie wkładki przez lekarza, który nie najgorzej jest wyposażony, za rzecz nie honorową, która powinna być rozpatrzoną przez Radę honorową; Dr. Dietzius popiera zdanie Dr. Cwiklicera i Trzebickyego i wnosi, aby w tych wypadkach, w których władza polityczna doniesie, że wkładka jest nieściągalną, udać się jeszcze do jednego z zaufanych kolegów o opinię, a na jej podstawie dopiero, zaległości odpisać. Dr. Trzebicky wnosi zamknięcie dyskusyi, — poczem Izba udziela skarbnikowi absolutoryum z rachunków za rok 1898.

III. Prezydent zdaje szczegółowe sprawozdanie z czynności Wydziału i Rady honorowej w I. kwartale 1899.

Przyjęto do wiadomości.

IV. Prośby kilku wdów po lekarzach i jednego z lekarzy o zapomogi, tudzież wniosek Wydziału Izby, aby „zapomogi udzielać tylko lekarzom do Izby należącym, oraz ich wdowom i sierotom Dr. Trzebicky czyni uwagę, że sprawa ta niepotrzebnie jest przedmiotem obrad Izby, gdyż należy do Wydziału; dla tego wnosi, aby wszystkie te prośby przekazać Wydziałowi do załatwienia, pozostawiając mu wolne ręce. Dr. Kijas jest za załatwieniem próśb przez pełną Izbę, a to dla tego, że są koledzy z powiatów, którzy może będą lepiej znali stosunki proszących.

Przewodniczący oświadcza, że prośby te są przeważnie jedne i te same w każdym roku i że z wyjątkiem jednej, wszystkie — według jego zdania — na uwzględnienie zasługują. Dr. Cwiklicer popiera wniosek Dr. Trzebickyego. Dr. Ponikło jest za wnioskiem Dr. Trzebickyego, ale radzi uchwalić zapomogi na pełnej Izbie. Dr. Bossowski wyjaśnia, że sprawa ta przyszła przed pełną Izbę tylko ze względów zasadniczych, a to, czy Wydział ma udzielać lub nie, zapomogi wdowom i sierotom po lekarzach do Izby nienależących, a to tem więcej wobec uchwały Izby lwowskiej. Dr. Trzebicky wychodzi z założenia, że niepowinno się uchwalać reguły, z której mają się znowu robić wyjątki i jest zatem, aby Wydział od wypadku do wypadku według swego uznania postępował. Dr. Dietzius zaznacza, że zasada wyrażona w uchwale Izby lwowskiej, a mianowicie, że prawo do wsparcia mają tylko koledzy do Izby należący, smutnie na niego oddziaływa, przeważna bowiem część biednych jest z czasów, kiedy Izb nie było, dla tego jest zdania przeciwnego i wnosi na wyraźne umocowanie Wydziału do udzielania wsparć w miarę potrzeby i funduszów, bez względu czy proszący byli członkami Izby. Dr. Jabłoński dziwi się uchwale Izby lwowskiej, bo ta jest sprzeczna z statutem. Izba ma zadanie stać na straży godności stanu lekarskiego i niepowinna uważać na to, czy potrzebujący zapomogi był jej członkiem lub nie; jest on zdania, że uchwała Izby lwowskiej, która jest zupełnie nieuzasadniona, nie powinna krępować rąk Wydziałowi, dla tego przyłącza się do wniosku Dr. Dietziusa.

Dr. Walczyński tłómaczy, że ze względu na ilość podań, tudzież tożsamość ich z roku na rok, Wydział Izby, mając na oku fundusze składane przez młodszych kolegów, z uwagi, że prawie wszystkie podania są po nieczłonkach Izby, nie chciał wobec uchwały Izby lwowskiej wziąść na siebie odpowiedzialności i dla tego był za przedstawieniem sprawy pełnej Izbie. Dr. Cwiklicer wnosi: Izba upoważnia Wydział do bezwarunkowego załatwiania podań o zapomogi po członkach Izby; po nieczłonkach zaś udziela dyrektywę, aby w nagłych wypadkach takową udzielił, w mniej zaś nagłych, może sprawę pełnej Izbie przedłożyć.

Prezydent zaznacza, że w tym kierunku właściwie Izba żadnej uchwały nie powzięła, gdyż pozostawiła wydziałowi Izby zupełnie wolne ręce.

V. Dr. Cwiklicer w sprawie o polepszenie bytu lekarzy salinarnych.

Izba przekazuje tę sprawę Wydziałowi Izby.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi — w miesiącu kwietniu 1899 r.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 47 osób; w liczbie tej 8 osób pozostałych w leczeniu z m. marca i 13, pozostających nadal w leczeniu na miesiąc maj 1899 r.

Wykaz liczbowy tych 47 osób ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	5	—	5
w kończyny górne	5	16	7	28
w kończyny dolne i tułów	2	8	4	14
w ciało nagie	5	22	6	33
przez ubranie	2	7	5	14
liczby ogólne	7	29	11	47

Zwierzęta kąsające były we wszystkich 47 przypadkach — psy.

Dyrektor Zakładu
O. Bujwid.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 18 maja 1899.

* Towarzystwo Lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem przyjęto w poczet członków czynnych dra Adama Bochenka. Po załatwieniu spraw administracyjnych 1) dr. Gliński okazał i objaśnił zajmujący okaz anatomo-patologiczny. 2) Doc. dr. Sroczyński demonstrował na króliku, któremu zaszczepił cząstkę z wrzodu gruźliczego człowieka, potwierdzenie rozpoznania uczynionego na poprzedniem posiedzeniu. 3) dr. Kędzior przedstawił kilka rzadkich przypadków z krak. kliniki chorób wewnętrznych. 4) Doc. dr. Ciechanowski demonstrował okaz anatomo-patologiczny. 5) Dr. Rutkowski przedstawił kilku chorych, operowanych w krak. klinice chirurgicznej.

* Marszałek krajowy poruczył kierownictwo departamentu sanitarnego w Wydziale krajowym, przez czas choroby dra Hoszarda, członkowi Wydziału, drowi Sawczakowi.

* W Pradze odbyła się ankieta, powołana przez ministeryum spraw wewn., w celu orzeczenia w sprawie leczenia ambulatoryjnego osób zamożnych w zakładach leczniczych. Do tej ankiety wchodzili profesorowie obydwóch uniwersytetów i przedstawiciele obu Izb lekarskich. Ankieta oświadczyła się za tem, ażeby ludziom ubogim udzielać za darmo nie tylko porady lek. lecz i leków, oraz opatrunków. Natomiast, ze względu na podupadanie stanu lekarskiego, chorzy zamożni powinni płacić za udzielaną im poradę, a wymiar tego wynagrodzenia należy urzędownie ustanowić. Jednak sprawy, kogo należy uważać za zamożnego, a kogo za ubogiego, nie zdołano wyczerpująco określić i rozstrzygnąć. Sprawą tą zajmowała się w ostatnich czasach i Izba lek. wiedeńska.

* IV-ty międzynarodowy Kongres dermatologiczno-syfilidologiczny odbędzie się w Paryżu 1900 r., od 2 do 9 sierpnia. Członkiem może być każdy lekarz, przyjęty przez Komitet organizacyjny, który się zgłosi przed 1 czerwca 1900 r. i złoży wpisowe 25 franków. Karty uczestnictwa wydawać będzie biuro Kongresu, za okazaniem pokwitowania ze złożenia wpisowego. Zgłaszać się należy do sekretarza generalnego Zjazdu, lub sekretarza Komitetu poszczególnego kraju. Program zostanie rozesłany członkom przed zebraniem się Kongresu, a obejmie on szczegóły, dotyczące organizacyi posiedzeń, czasu i języka wykładów, referatów i demonstracyj, oraz ostatecznego wydania Sprawozdania z Kongresu.

Ponieważ w tymże samym czasie odbywać się będzie w Paryżu XIII-ty Międzynarodowy Kongres lekarski, przeto nastąpi porozumienie Komitetów obu Kongresów i członkowie Kongresu dermatologiczno-syfilidologicznego staną się członkami Sekcyi dla dermatologii i syfilodologii Kongresu międzynarodowego, bez powtórnego zgłaszania się i wpisywania.

Adres generalnego sekretarza Kongresu: Dr. Georges Thibierge, Paris, rue de Surène, 7. Sekretarzem Komitetu austryackiego jest Doc. Dr. Ed. Spiegler, Wien, I Ebendorferstrasse, 10.

Komitet Kongresu uprasza redakcye pism lekarskich polskich o wydrukowanie w swych organach niniejszego ogłoszenia.

* Jeden z młodych lekarzy wiedeńskich uczęszczał przeszło rok do Instytutu położniczo-operacyjnego prof. Schauty i na tej podstawie wypisał sobie na tabliczce »emerytowany operator«. Władze miejskie, uznając, że tu nie zachodzi podstawa do takiego tytułu, kazały mu tę tabliczkę zdjąć. Lekarz ten przeszedł całą skalę rekursów i wszędzie doznał niepowodzenia; wreszcie udał się do trybunału państwa, który orzekł, że lekarzom wolno jest używać uzasadnionych tytułów, zawiadamiających publiczność o ich specyalności, lecz w przypadku skarżącego to uzasadnienie niema miejsca, gdyż sam on nigdy nie był samoistnym operatorem, a tylko jednym z poświęcających się studyom operacyjnym.

* Fizykat m. Budapesztu wydał regulamin dla przestrzegania zasad higieny w zakładach golarzy i fryzyerów.

* Klinika lekarska w Lipsku obchodziła 11 maja stólecie swego istnienia; uroczystość ta została połączoną z odsłonięciem popiersia Wunderlicha i Wagnera.

* W Wiedniu, nakładem K. Prochaski, wyszedł 6 i 7 zeszyt dzieła: »Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften« prof. Draschego; zeszyty te zawierają rozdział o »Chorobach wenerycznych i skórnych«, oraz dokończenie rozdziału o »Chorobach uszów, nosa, tchawicy i krtani«.

* Fabryka przetworów chemicznych i farb Fr. Bayera i Sp. w Eberfeld, wyrabiająca somatozę, fenacetynę, protargol itd. założyła ostatnimi czasy filię w Wiedniu (I, Hegelgasse, 17), której kierownikiem jest aptekarz Brestowski.

* Docentami położnictwa i ginekologii w lwowskim Uniw. mianowani zostali: Wład. Bylicki i Franciszek Kośmiński, zasłużeni w literaturze specyaliści.

* Konsulentem sanitarnym krakowskiej Dyrekcyi ruchu kolei państwowych mianowany został Dr. Józef Zoll.

* Stopień doktora wszechnauk lekar. w Uniw. Jagiell. otrzymał Kaz. Dłuski, doktor wydziału paryskiego.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa o ruchu ludności w tygodniu XVII (od 24 do 30 kwietnia). Ludność średnia roczna wraz z wojskiem 83730. Zawarto w tym czasie małżeństw 16 (9,94); urodzin było 56 (34,78); skonów 67 (41,61). Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 22:14, u starozakonnych 11:8.

Mianowania i odznaczenia: Prof. Hildebrandt otrzymał wezwanie do Bazylei, na katedrę opróżnioną przez śmierć Socina. Prof. Esmarch przenosi się z Królewca do Getyngi, jako następca Wolffhügela. Doc. Dr. Sänger przyjął posadę kierownika kliniki położniczej w niemieckim wydziale w Pradze. Nadzwyczajny prof. medycyny wewn. w Strasburgu, dr. Minkowski, wezwany został do zajęcia katedry po Strickerze w Wiedniu.

Nekrologia. Zmarli: Dnia 12 b. m. zmarł w Kołomyi, wskutek duru wysypkowego Dr. Gabryel Sysak, w 45 roku życia. Pochodząc z rodziny niezamożnej, własną pracą i pilnością osiągnął w roku 1880 dyplom na Wszechnicy Jagiellońskiej. Po dopełnieniu studyów w Wiedniu, przyjął obowiązki lekarza kierującego w szpitalu OO. Bonifratrów w Zebrzydowicach. Skąpy zakres działalności w tej miejscowości skłonił ś. p. Dra Sysaka do opuszczenia Zebrzydowic i osiedlenia się w 1885 r. w Kołomyi.

Człowiek czynu, mąż prawości nieskazitelnej, charakteru i woli niezłomnej, a nadto duszą i ciałem Polak, — dał się wkrótce poznać na kresach nietylko jako znakomity lekarz, ale także jako mąż, na którego w każdej chwili i okoliczności społeczeństwo liczyć mogło.

A że tak rzeczywiście było, świadczy o tem wspaniałe własne gniazdo »polskiego Sokoła« w Kołomyi, do którego wzniesienia ś. p. Dr. Sysak głównie się przyczynił; dowodzą tego wznoszące się mury Bursy polskiej; czytelni i szkółki, polskiej szkoły ludowej, Jego zabiegami fundowane; rozkwit czytelni Kraszewskiego w Kołomyi; niezapomniana Jego działalność w Radzie gminnej i powiatowej, w Towarzystwie »pracy kobiet«, Stowarzyszeniu rzemieślniczem »Gwiazda«, Izbie lekarskiej i w Sekcyi kołomyjskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Zmarł w sile wieku! Usunął się z pośród nas kresowców w czasie, w którym zaledwie zaczął zbierać owoce ciężkiej własnej pracy i uznania współobywateli; padł jednak, jako żołnierz, wierny sztandarowi, któremu wierność zaprzysiągł, bo uległ chorobie, której się nabawił, niosąc pomoc choremu na dur wysypkowy!

Za trudy Jego, jako człowieka i lekarza, za bojowanie na kresach, jako szczerego i serdecznego Polaka — niechaj Jego pamięć nigdy nie wygasa między nami, a ta ziemia, daleka od Jego niw rodzinnych, niechaj mu lekką będzie. *Dr. Bolesław Jaworski.*

Dr. Jan Strzałko, zmarł w Mińsku. Dr. Romuald Łatkiewicz — w Baku (Kaukaz). W Darmsztadzie, w 75 r. życia, zmarł prof. L. Buchner, autor głośnego dzieła p. t.: »Kraft und Stoff«. Prof. histologii Dr. T. Hessling — w Monachium. Dr. Jallet prof. położnictwa — w Poitiers. Dr. Zygmunt Januszewski, urodzony w r. 1837, wychowaniec kijowskiego Uniw., zmarł w Manzyrze na Bessarabii.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Nowinach Lekarskich* Nr. 5: Prof. Rydygiera: Drugi rok istnienia kliniki chirurgicznej we Lwowie. Dr. Chłapowskiego Fr.: O przyczynach stwardnienia tętnic (arteryosklerozy). Dr. Drobnika T.: Uwagi i spostrzeżenia, dotyczące opatrywania ran (c. d.). W *Medycynie* Nr. 19: Grosglika S.: Leczenie doszczętne przerostu gruczołu krokowego sposobem Bottiniego. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 19: Kijewskiego Fr.: Życiorys prof. Ludwika Rydygiera (z portretem). Dr. Bernhardta R.: Wieloliczne samoistne mięsaki barwnikowe skóry.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 1326.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Celem nadania posady lekarza okręgowego z siedzibą w *Krzeszowicach* w powiecie chrzanowskim.

Do okręgu tego należą gminy i obszary dworskie: Krzeszowice, Czatkowice, Czerna, Dubie, Filipowice, Miękinia, Młynka, Nowa góra, Nawojowa góra, Paczółtowice, Radwanowice, Siedlec, Żary, Żbik, Rudawa, Brzezinka, Frywałd, Nielepice, Niegoszowice, Pisary, Rudno, Sanka, Tenczynek i Wola filipowska z ludnością 143 1 głów według spisu z roku 1890.

Do posady przywiązana jest roczna płaca 500 złr., płatna w ratach miesięcznych z góry z kasy Wydziału powiatowego i ryczałt na koszta podróży 250 złr. w ratach kwartalnych z góry, z funduszów krajowych.

Chcący otrzymać tę posadę musi posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języka polskiego;

5) najmniej dwuletnią praktykę w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią słuzbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim;

6) dostateczna fizyczna zdatność udowodniona świadectwem c. k. lekarza powiatowego, lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego.

Należycie udokumentowane podania wnosić należy w terminie po dzień 31 maja 1899 r. do Wydziału Rady powiatowej w Chrzanowie.

Chrzanów, dnia 25 kwietnia 1899 r.

118 Prezes *Wodzicki* m. p.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych dla okręgu lekarskiego Kraków II z siedzibą w Krakowie, ogłasza się niniejszem konkurs.

Do powyższego okręgu lekarskiego przydzielony jest c. k. urząd ruchu w Krakowie, c. k. zarząd ogrzewalnin w Krakowie, jako też personal zajęty w biurach c. k. sekcyi konserwacyi Kraków I i II. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, w wyżej wymienionych działach służby zatrudnionych, jako też wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącemi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 1300 złr. i 500 złr. ryczałtu na fiakry rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. opatrzone wnosić należy najdalej do 25 maja b. r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie, a i bliższych dotyczących informacyi zasięgnąć można w tutejszym oddziale I.

Posada powyższa obsadzoną będzie od 1 lipca 1899 r.

Wydział powiatowy w *Kosowie* rozpisuje konkurs na 2 posady lekarzy okręgowych:

1) okręg sanitarny *Żabie* płaca stała 600 złr. rocznie i ryczałt na objazdy 400 złr.;

2) okręg sanitarny *Pistyń* płaca roczna 500 złr. i ryczałt na objazdy 350 złr.

Lekarze okręgowi będą mieli obowiązek utrzymywania apteki domowej. Podania wnosić do 31 maja b. r.

Wydział Rady powiatowej w Tarnobrzegu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Radomyślu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego najpóźniej do 31 maja b. r.

Wydział powiatowy w Wieliczce na posadę lekarza okręgowego z siedzibą *w Świątnikach górnych* (w powiecie politycznym Podgórze), z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr., z obowiązkiem utrzymania apteki domowej. Posada nadaną zostaje od dnia 1 lipa b. r. Podania należy wnosić do dnia 10 czerwca b. r.

Wydział Rady powiatowej Sokalskiej na posadę lekarza okręgowego w *Warężu* miasteczku. — Płaca roczna 500 złr. — ryczałt na objazdy 300 złr. Podania wnosić do dnia 5 czerwca 1899 r.

Wydział powiatowy w Śniatynie ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Rożnowie*. Płaca roczna 700 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy utrzymywać musi aptekę domową. Posada nadaną będzie na rok prowizorycznie, podania do 15 czerwca br.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.